

quaderni ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

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



- **all'interno:**
**LE RICERCHE SU ALLATTAMENTO AL SENO
E DEGENZA NELLE DIVISIONI PEDIATRICHE**
- **e ancora:**
**MORTALITA' PERINATALE E INFANTILE
LE MINE ANTIBAMBINO
L'OCCHIO PARZIALE DI FABIO SERENI
I SEGRETI DELLE BAMBINE**
- **AUSILI DIDATTICI:**
**IL PROGRAMMA DI FORMAZIONE CONTINUA
LO SCOLIOMETRO, COME UTILIZZARLO**

n° 3

novembre 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, Lello Contarini, Sergio Conti Nibali, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Federico Marchetti, Lucio Piermarini, Paolo Siani, 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 di *Margot Zemach*, tratte da: *The King of the hermits*

Farrar, Straus & Giroux New York, 1966

Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta

Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.

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

Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c. via Maqueda, 110 (PA)

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale n° 3 - Novembre 1994

Spedizione in abbonamento postale / 50%

c/c n. 17010091 intestato a:

ACP sez. sarda - via San Francesco, 7 - 09070 - Narbolia (OR)

Tariffa di abbonamento per i non soci: £ 40.000

S O M M A R I O

- 2 Editoriale: Un successo, una riflessione
di *Giancarlo Biasini*
- 3 I lattini formulati: parliamo di marketing e di costi
inchiesta redazionale
- 4 L'odierna tendenza alla pratica dell'allattamento al seno
ricerca nazionale ACP - Humana
- 7 Analisi di alcuni aspetti relazionali e organizzativi della degenza
in Divisioni di Pediatria - *Siani e coll.*
- 10 Verifica di efficacia degli Antibiotici raccomandati per la
terapia delle più comuni patologie infettive - *Bussi e coll.*
- 12 Epidemiologia della Patologia del bambino extracomunitario -
Benetti e coll.
- 16 Mortalità Perinatale e Mortalità Infantile
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 20 Le mine antiuomo
a cura di Emergency
- 22 L'occhio parziale di un universitario
"La memoria" di Fabio Sereni
- 24 I segreti delle bambine
Voci di bambini
- 25 Storia di Zac, figlio felice di un single
Voci di genitori
- 26 Indici di attività delle Divisioni Pediatriche Ospedaliere
a cura di Lodovico Perletti

EDITORIALE

UN SUCCESSO, UNA RIFLESSIONE

Il sesto Congresso nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri si è svolto a Pratolino di Firenze, organizzato con passione ed efficienza dai colleghi dell'ACP Toscana cui va l'unanime ringraziamento dei soci *acp*.

Il congresso è stato frequentato nei momenti di punta da quasi 400 pediatri.

Le relazioni non cliniche, in particolar modo quelle su la comunicazione con la famiglia e l'osservazione del lattante nell'ambulatorio e quella che provocatoriamente si chiamava "La tossicodipendenza: un problema pediatrico?" hanno avuto un'audience del tutto uguale a quelle cliniche. Si può ben dire che solo nei convegni ACP questo tipo di relazioni è di casa e ben accolto.

Un successo, dunque? Certamente sì, anche se vi sono ancora cose da sistemare e da registrare: controversie in cui i "conversatori" affermano ma discutono poco fra di loro, relatori che tendono ad essere eccessivamente onnicomprensivi senza distinguere il grano dal loglio, altri che nonostante tutti gli inviti tendono a lasciare poco tempo alla discussione.

Un buon congresso però ed anche un invito ai colleghi di Reggio Emilia che il congresso lo organizzeranno l'anno prossimo a Salsomaggiore (13-15 ottobre 1995) a essere ancora più bravi e puntuali.

All'assemblea dei soci ACP che ha discusso la relazione del presidente pubblicata sul n. 1 di "Quaderni" erano presenti 140 pediatri. Un numero cospicuo che ogni anno tende ad aumentare; e ciò non può che rallegrarci.

I soci vedranno in altra parte di "Quaderni" i risultati delle votazioni che hanno raccolto oltre ai voti dei presenti anche quelli giunti per posta (altri 84).

Il presidente, che poi sono io, è stato riletto; in verità, contro la sua primitiva decisione, espressa nel consiglio direttivo del gennaio 1994. Avevo detto in quella sede, e l'ho scritto alle associazioni locali, che consideravo comunque un errore la riconferma. In Acp ci sono molti soci capaci di fare il presidente e non è oramai più questione di rappresentatività dei singoli. L'ACP è cresciuta, si è trasformata, oramai più nessuno (tranne il presidente) appartiene al nucleo storico ed è tempo che di questo tutti si rendano conto. Non conta più, adesso, chi sia il presidente perché l'immagine dell'Associazione oramai lo sovrasta. Purché il presidente sia attivo. L'impegno dei soci è di salvaguardare questa immagine che potrebbe, lo si ricordi, essere messa in forse da chi volesse farla diventare più somigliante a una parte, magari preponderante, dell'Associazione.

Giancarlo Biasini

In copertina il disegno di Gianni Peg tratto dal bel libro di Giorgio Cosmacini "STORIA DELLA MEDICINA E DELLA SANITA' NELL'ITALIA CONTEMPORANEA" Editori Laterza

I LATTI FORMULATI: PARLIAMO DI MARKETING E DI COSTI

Abbiamo utilizzato qualche ora del congresso nazionale della SIP per parlare di marketing con chi, professionalmente, si occupa di latti formulati e di alimenti per l'infanzia. Non sembri sbagliato che i pediatri, che sono promotori di un business di oltre 3000 miliardi per anno, cerchino di capire il mercato che in discreta parte sono in grado di condizionare.

Così abbiamo, innanzitutto, cercato di capire perché in Italia, al contrario di quanto accade nella maggioranza dei Paesi della CEE, il latte (sia lo starting formula che il latte di proseguimento) non si venda nei supermercati della grande distribuzione ma soltanto in farmacia.

G.B.

Farmacia o supermercato?

A detta di molti il salto delle farmacie - e la vendita nei supermercati - concederebbe agli utenti un risparmio abbastanza consistente che andrebbe valutato secondo i pessimisti intorno al 15% e secondo gli ottimisti al 30% (e forse anche al 40%). Un risparmio comunque non trascurabile e che sarebbe dovuto in gran parte a un più basso onere di spese di distribuzione (circa il 20%) rispetto a quello che viene sostenuto dalle case per la distribuzione attraverso le farmacie (circa il 33%).

Secondo un'opinione molto diffusa, la grande distribuzione (GD) offre notevoli vantaggi per l'opportunità di promuovere il prodotto direttamente al consumatore. E' anche possibile che la GD consenta di incrementare, come in tutti i Paesi europei, l'uso delle formule di proseguimento, ancora poco usate in Italia (vedi i dati pubblicati sul n. 2 di ACP Notizie). Inoltre, la presenza simultanea di più marche, sui banchi della GD, consentirebbe un processo di confronto fra prezzi che oggi in verità non avviene e che pure per certi alimenti è rilevante. Molto, comunque, in Italia è il prezzo medio, come si legge chiaramente nella tabella 1:

Tab. 1: Prezzo del latte artificiale in alcuni paesi europei

Starting - Formula	Follow - Formula
U.K. 13.215 £/Kg	Olanda 15.593 £/Kg
Spagna 30.614 £/Kg	Spagna 27.839 £/Kg
Italia 50.000 £/Kg	Italia 36.209 £/Kg

La media europea di prezzi al Kg è di Lit. 23.300, la media italiana è di 50.000 lire al chilogrammo per gli starting (prezzo in Inghilterra, 23.200/Kg). I pediatri, pur rispondendo affermativamente nel 73% dei casi alla domanda "prescriverebbe un latte più economico?", non conoscono spesso il prezzo dei latti che prescrivono e quello del prezzo non è quasi mai un argomento di richiesta di informazioni.

Il potere dei pediatri

E' comunque evidente che l'avvio della commercializzazione sulla GD toglierebbe "potere" alla prescrizione dei pediatri ed è questo il motivo per il quale un discreto numero di ditte è reticente su questa scelta che reputa "sgradita" per i prescrittori, anche se, ovviamente, in mano al pediatra rimarrebbe il consiglio circa il latte da adottare. Non c'è dubbio, per altro, che questa scelta consentirebbe alla famiglia, alla lunga, un certo grado di autonomia sulla base del sistema del "passaparola" fra madre e madre e fra famiglia e famiglia, come è successo in passato per biscotti, omogeneizzati e farine latte. All'introduzione dei latti formulati nei supermercati non si è ancora arrivati anche perché le farmacie, tutto sommato, consentono una distribuzione molto capillare: le farmacie in Italia sono circa 15.000 e attraverso loro il latte giunge in ogni più piccolo comune e anche nelle frazioni. Assai diversa è la situazione dei supermercati che funzionano "per catena" e che hanno punti di distribuzione in numero assai meno elevato, per cui, la copertura dell'intero territorio nazionale potrebbe essere un problema. Alcune ditte però, come Plasmano, Nutricia e recentemente la Mellin (1) hanno raggiunto gli scaffali della GD con biscotti, farine, pastine, yoghurt. Una grande azienda produttrice di latti, poi, per un accordo con la Sangemini, raggiungerà anch'essa presto la GD. Non è difficile immaginarsi che questo "occuparsi dei supermarket" sia il preludio di una radicale modificazione della distribuzione dei latti, anche se bisogna tenere presente che queste ditte non vendono in tutti i supermercati ma solo in alcune catene di questi e che il supermarket pretende una quantità minima di pro-

dotto da vendere in un determinato periodo che mal si adatta al ben noto sistema dei "turni".

Abbiamo avuto l'impressione, ascoltando i nostri amici delle ditte dei latti, che molti vorrebbero fare questo passo ma che temono due lobbies: quella dei farmacisti e quella dei pediatri, per i quali ultimi il latte formulato venduto in farmacia consolida un'immagine più scientifica del prodotto e lega la madre ai consigli del medico.

C'è anche chi fa un discorso di maggiori garanzie che i farmacisti, con la loro preparazione scientifica, offrirebbero: ma, in verità, si tratta soltanto di qualche dirigente di ditta...

Abbiamo invece l'impressione che la gran parte il salto vorrebbe farlo.

Il recente adeguamento della legislazione italiana alle norme CEE che sposta, di fatto, la prescrizione dagli ospedali ai pediatri ambulatoriali può costituire un punto a favore della modificazione, togliendo un po' di potere a chi negli ultimi anni ne ha avuto molto: i pediatri-neonatalogi ospedalieri.

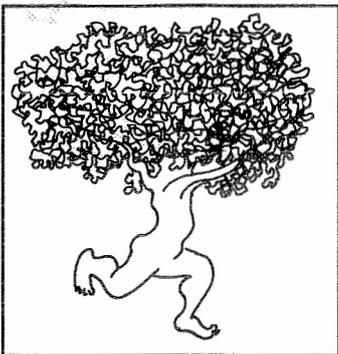
Perché costi tanto elevati

Una maggiore autonomia nella scelta dei latti da parte dei consumatori potrebbe - e questa è una deduzione della redazione - interrompere o ridurre di molto quella partnership fra Industria e Sanità che ha portato la stessa Industria a farsi carico di apparecchiature, di materiale documentale e di ...altro fra quanto è oggi presente in molti reparti di pediatria-neonatalogia, nonché del finanziamento di un numero abnorme di manifestazioni congressuali.

Un dirigente di marketing ci ha reso noto il numero dei convegni pediatrici: 350/400 per anno e non sempre (ahimé!) degni - e questo è sempre il parere della redazione - di essere finanziati in quanto a livello culturale.

Abbiamo cercato di far quantificare il costo presumibile di questa partecipazione a manifestazioni congressuali da parte dell'Industria del dietetico e abbiamo ottenuto cifre non troppo diverse da parte dei nostri interlocutori: dal 6 al 9% del fatturato per i latti formulati che nel 1993 è stato di 319 miliardi di lire!

(inchiesta redazionale)



RICERCA SULL'ODIERNA TENDENZA ALLA PRATICA DELL'ALLATTAMENTO AL SENO Ricerca Nazionale ACP - Humana Report al secondo step della ricerca (30.06.94)

Referees: Maurizio Bonati, Lucia Castelli, Giancarlo Cerasoli, Federico Marchetti, Dino Pedrotti, Alfredo Pisacane

Segreteria scientifica: Sergio Conti Nibali, Maria Francesca Siracusano (ACP dello Stretto)

Consulenza statistica: CESIST dell'Università di Messina

Supporto informatico: IDS (Messina)

Organizzazione: TI&M (Messina)

Supporto economico: Humana Italia

Obiettivi

valutare l'attuale prevalenza e durata dell'allattamento al seno su un campione di popolazione italiana;
analizzare i fattori che possono spiegare la scelta del tipo di allattamento;
individuare nell'ambito della pediatria ambulatoriale aree di interventi che possano influenzare la pratica dell'allattamento al seno.

Materiali e Metodi

Lo studio ha già concluso una fase pilota (dal 20 Giugno al 20 Settembre 1993) cui hanno partecipato 18 pediatri dell'ACP dello Stretto, che ha permesso di sperimentare la metodologia e la fattibilità nella routine ambulatoriale della compilazione della scheda. La fase pilota ha altresì confermato che le informazioni rilevate possono rispondere agli obiettivi che lo studio si propone. I risultati della fase pilota, presentati al V Congresso Nazionale ACP di Riccione (Ottobre 1993) ed al Congresso Europeo di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale di Girona (Spagna) (Novembre 1993), sono stati molto stimolanti. Alla Fase Nazionale hanno aderito 242 pediatri sparsi su tutto il territorio. Hanno dato la loro adesione 16 Gruppi ACP. Hanno effettivamente partecipato 155 pediatri di cui 144 appartenenti a 14 Gruppi ACP. La durata prevista per la ricerca è di 11 mesi: ha avuto inizio il 1 Febbraio 1994 e si concluderà il 31 Dicembre 1994. La ricerca prevede lo studio di un campione di popolazione la cui data di nascita è compresa tra l'1 Febbraio e il 30 Giugno 1994, che giunge all'osservazione del pediatra nel periodo compreso tra l'inizio e la fine dello studio ad una età minore o uguale ai sei mesi di vita. Il follow-up termina nel momento in cui l'allattamento è costituito dal solo latte artificiale e comunque non oltre i 180 gg (+/- 15) di vita del bambino.

E' stata prevista una scheda di raccolta dati cartacea e computerizzata; è stato richiesto, tuttavia, l'invio dei dati su floppy disk.

Sono stati previsti due steps intermedi: al 15 Marzo e 30 Giugno 1994.

Sono stati arruolati 2400 casi, dei quali 2378 si sono resi dispo-

ponibili per la valutazione; per la fine dello studio è previsto un arruolamento di circa 3000 casi.

Risultati

Nell'analizzare i dati relativi a questo report bisogna considerare che la durata e la prevalenza sono riferite ai casi che hanno concluso il follow-up (818) e per tale motivo rappresentano una situazione più pessimistica di quella reale; al 30 Giugno, difatti, tutti i casi che avevano concluso il follow-up avevano sospeso l'allattamento materno, in quanto nessuno aveva avuto la possibilità di raggiungere il sesto mese di vita.

Anche l'analisi dei fattori associati ad una maggiore durata dell'allattamento materno esclusivo sono stati eseguiti sulla popolazione con follow-up concluso e come tali vanno interpretati.

L'analisi relativa ai dati statici, per i quali non necessita il follow-up, riguardano, viceversa, tutta la popolazione arruolata e, per tale ragione può essere considerata con molta più attendibilità.

In questo step non è stata eseguita una dettagliata analisi dei neonati "non fisiologici" e delle differenze regionali, in quanto la parzialità dei dati avrebbe potuto ingenerare errori interpretativi.

L'attuale situazione dei casi arruolati è rappresentata dalla Fig.1. I principali punti che si evidenziano sono:

a) l'elevata percentuale (4%) di madri che non attaccano mai il

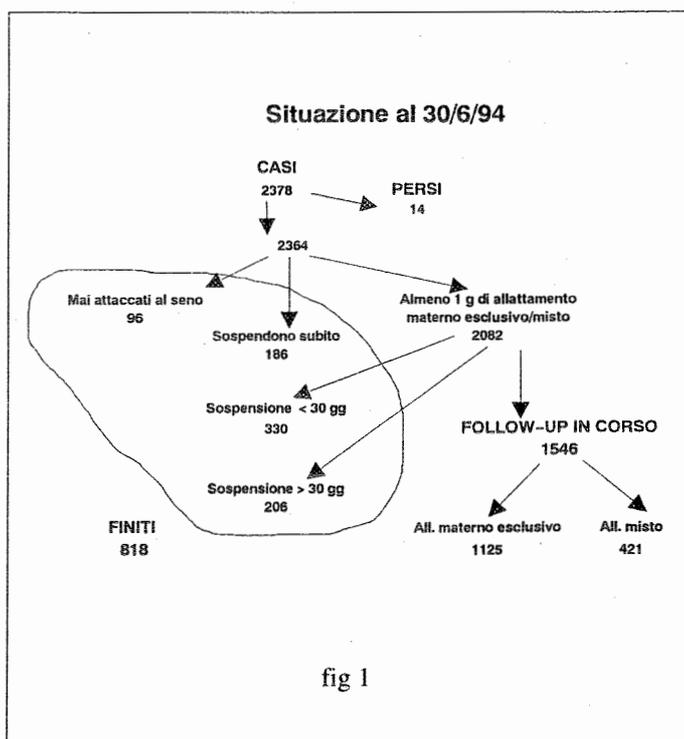


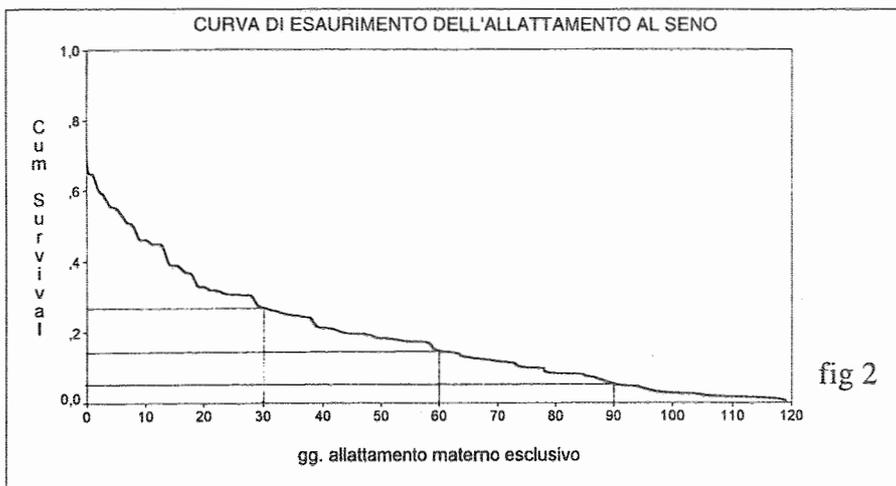
fig 1



bambino al seno; questo è un dato sconcertante se si tiene conto che non è presente nella letteratura internazionale;
 b) che una percentuale ancora maggiore (8%) praticamente non avviano mai un allattamento materno esclusivo;
 c) che più della metà di coloro che avviano l'allattamento materno esclusivo, lo sospende entro i primi 30 giorni.
 Si può, dunque, estrapolare una curva di sopravvivenza per l'allattamento materno esclusivo sul campione dei bambini con follow-up concluso (Fig.2), che raffigura una situazione

Solo il 22.6% dei neonati viene allattato a richiesta; se il dato viene scomposto risulta che solo al 30% delle madri che pratica allattamento materno esclusivo viene consigliata la modalità a richiesta.

Solo il 36% dei neonati riceve routinariamente al nido latte materno esclusivo, mentre il 64.7% lo riceve alla dimissione.



Il 69.8% delle madri riceveva un campione di latte artificiale alla dimissione dal nido e ben il 57% delle madri dimesse con latte materno esclusivo! In questo caso il passato è d'obbligo in quanto dal 12.09.94 è entrato in vigore il decreto legge del 6.4.94 che fissa norme più restrittive per la pubblicizzazione dei latti artificiali. Un discorso a parte merita il rooming-in: viene eseguito solo nel 34.8% dei casi e, come si evince dalla figura 3, nella grande maggioranza dei casi viene mal utilizzato; difatti meno della metà dei neonati in rooming-in totale riceve latte materno esclusivo e solo il 45% viene allattato a richiesta. L'ipogalattia rappresenta la motivazione di gran lunga più riportata dalle madri come giustificazione all'integrazione ed alla sospensione;

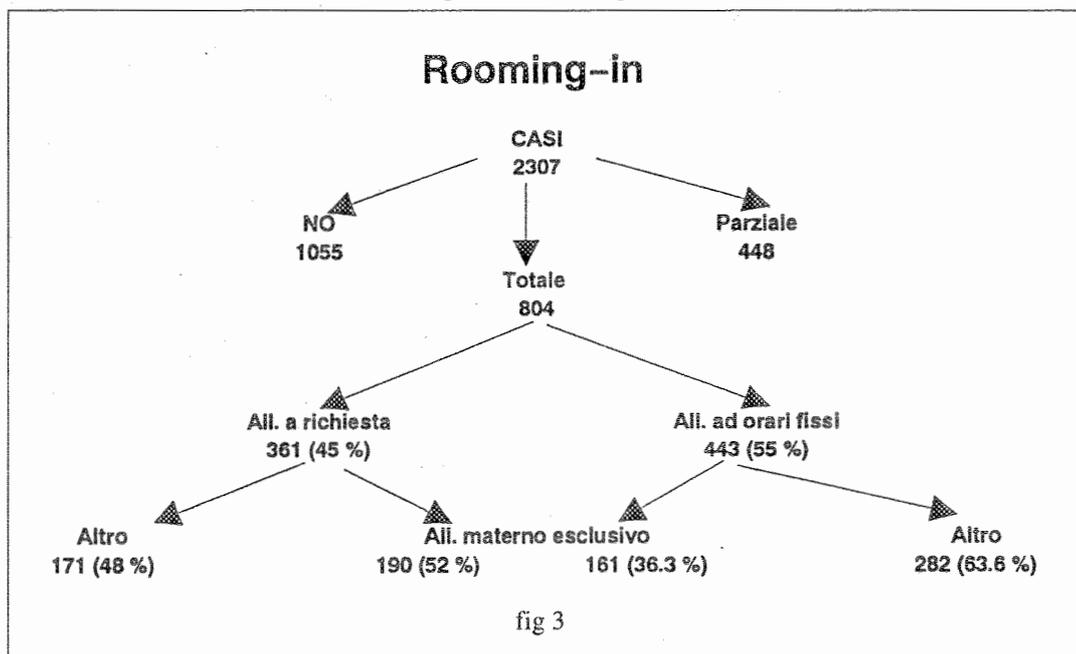
molto differente da quanto auspicato dal Department of Health and Human Service come obiettivo per gli anni 2000 (75% di donne che avviano l'allattamento materno ed il 50% che lo prosegue a 6 mesi). Come già detto, tuttavia, è opportuno attendere la fine del follow-up per dare stime più attendibili.

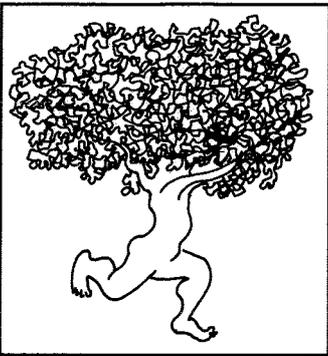
Nella popolazione arruolata vi è una lieve prevalenza del sesso maschile (52%); il 93.8% è nato a termine, con percentili del peso, in media, oltre il 50° centile; il 7.3% viene ricoverato in un reparto di patologia neonatale dopo il parto.

Il 61% delle madri erano multipare e di queste l'82% aveva una precedente esperienza di allattamento al seno. Solo il 30.7% partecipa a corsi di preparazione al parto; le madri hanno un livello di istruzione superiore ai padri ed il 47.2% è casalinga; l'83.2% non fuma durante la gravidanza, ma il 5.8% fuma più di 5 sigarette al giorno; il 7.4% dichiara problemi personali alla base del mancato allattamento al seno.

Il 24.1% delle nascite avviene con TC; è una percentuale certamente alta, ben al di là di quanto stimato come necessario dall'OMS (10-15%). Un attacco precoce (entro le due ore dal parto) del neonato al seno della madre avviene solo nel 23.2% dei casi, mentre nel 25% dei casi avviene non prima di 12 ore.

Il primo contatto con un pediatra dopo la dimissione avviene nell'83.8% dei casi con un pediatra di base; questo primo contatto avviene in media dopo 20.6 gg dalla nascita del bambino ed a questa epoca quasi il 50% delle madri ha già sospeso definitivamente o parzialmente l'allattamento materno esclusivo. A completamento del quadro c'è da considerare che in oltre i 2/3





ACP *ricerca*

dei casi vi è un totale accordo del pediatra riguardo alle motivazioni addotte dalle madri che richiedono di integrare/sospendere, quasi che non vi siano nel bagaglio culturale del pediatra

adeguati consigli che possano servire da supporto alle madri che hanno difficoltà a proseguire l'allattamento al seno.

L'analisi univariata dei dati raccolti indica che sono numerosi i fattori fortemente associati ad una maggiore durata dell'allattamento materno esclusivo: un livello di istruzione materno medio-alto, una precedente esperienza di allattamento materno, l'aver seguito corsi di preparazione al parto, una prima suzione al seno precoce, la non esecuzione del rooming-in totale, l'allattamento materno esclusivo al nido, l'allattamento materno esclusivo alla dimissione, la non consegna di campioni di latte artificiale alla dimissione.

Il dato relativo al rooming-in è certamente in contraddizione rispetto alle direttive dell'OMS, tuttavia la cattiva utilizzazione del rooming-in sottolineata precedentemente può fornire una chiave di lettura di tale associazione; l'analisi dei dati relativa all'intero campione arruolato potrà certamente fornire ulteriori chiarimenti in proposito.

Mediante l'analisi multivariata dei dati l'identikit della donna che allatta per più tempo esclusivamente al seno si delinea ancora più chiaramente: ha già avuto una precedente esperienza di allattamento materno ed è stata dimessa dal nido con latte materno esclusivo.

I dati finora disponibili consentono di gettare le basi per una

valutazione del problema sotto due diverse ottiche: la gestione e la prevenzione.

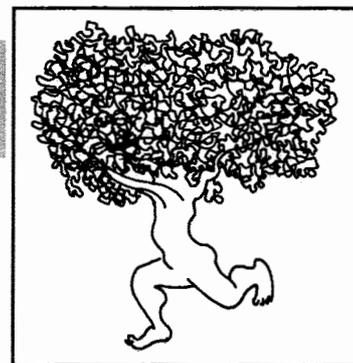
Per quanto concerne il primo punto si evidenzia la necessità di una revisione globale delle pratiche ospedaliere, avendo come punto di riferimento le norme OMS/UNICEF che datano ormai oltre cinque anni. Occorre pensare poi ad una migliore integrazione territoriale, mediante l'attivazione di una dimissione protetta nei confronti delle categorie più a rischio e una adeguata copertura del vuoto assistenziale tra la dimissione dal nido e la presa in carico da parte del pediatra. In ultimo, ma non per importanza, il ruolo della pediatria di base nel sostegno all'allattamento al seno va interamente ridisegnato con uno sforzo culturale che preveda una sorta di decalogo (tipo regole OMS/UNICEF per le pratiche ospedaliere) di comportamento dalla dimissione in poi.

L'altra faccia del problema riguarda l'aspetto preventivo; occorre certamente trovare strategie efficienti per il coinvolgimento di quegli operatori sanitari (ginecologi, personale dei consultori, personale addetto ai corsi di preparazione al parto) che maggiormente interagiscono con le madri durante la gravidanza.

Ma anche in questo campo la pediatria di base può disegnare un suo ruolo, specie nei confronti delle madri di cui seguono un primo figlio e che ne attendono un secondo.

Ci sembra, dunque, che l'impegno che sta profondendo in questo momento in Italia la Rete ACP dei pediatri di base sia appagato dall'importanza dei dati ricavati e ricavabili, a maggior ragione, a conclusione dello studio: questa ricerca epidemiologica nazionale in pediatria ambulatoriale può essere trainante per una revisione globale della pratica dell'allattamento.





ANALISI DI ALCUNI ASPETTI RELAZIONALI E ORGANIZZATIVI DELLA DEGENZA DELLA MAMMA E DEL BAMBINO IN 37 DIVISIONI DI PEDIATRIA

P.Siani, G.Cirillo, L.Amato, G.D'Adamo, D.Longo, T.Montini, L.Mottola, L.De Seta

Introduzione:

L'ospedalizzazione è un evento "importante" nella vita del bambino e della sua famiglia. La madre e il bambino, infatti, entrano in relazione con il personale sanitario e con l'organizzazione funzionale del reparto e, nello stesso tempo, vivono temporaneamente in un luogo fisico diverso dalla propria casa, in un "albergo" che può fornire o meno una adeguata qualità di servizi.

In un recente documento della Società Italiana di Pediatria, "La tutela della salute materno-infantile e dell'adolescente", si afferma che "...in ogni struttura ospedaliera, deve essere garantita la continuità del rapporto psicoaffettivo durante il periodo di ospedalizzazione, consentendo la presenza continua del genitore o di persona affettivamente legata che deve poter usufruire, per il pernottamento e il vitto, dei servizi ospedalieri". In ogni reparto pediatrico devono essere allestiti locali per svolgere una regolare attività ludica e scolastica".

E il documento del ministero per gli Affari Sociali presso la Presidenza del Consiglio ribadisce che "...le prestazioni sanitarie ai soggetti di età minore devono essere fornite in distinti locali, specificatamente arredati e attrezzati per le diverse fasce di età con il coinvolgimento dei familiari, in forme che garantiscano la protezione del benessere psichico del neonato, del lattante e dell'adolescente".

Obiettivo dello studio è stato, quindi, quello di analizzare le caratteristiche organizzativo-funzionali, relazionali e alberghiere di 37 Divisioni di Pediatria, con lo scopo di contribuire a migliorare le condizioni di vita della madre e del bambino in ospedale.

Siamo convinti, infatti, che per un'assistenza ottimale concorrono tutti e tre gli aspetti analizzati. E in ugual misura.

Metodi:

E' stato somministrato, tra la fine del 1993 e l'inizio del 1994, un questionario ai responsabili di 25 Divisioni pediatriche della regione Campania, pari al 38% di tutte le Divisioni della regione (11 nel capoluogo e il restante nelle varie province) e ai responsabili di 12 Divisioni di altre regioni italiane (4 del Friuli, 2 del Veneto, 1 della Lombardia, 2 dell'Emilia Romagna, 1 della Sicilia, 1 della Calabria e 1 della Basilicata). Il questionario prevedeva le seguenti variabili relative all'organizzazione funzionale delle Divisioni e alla relazione con la madre e il bambino ricoverati:

Superficie della stanza di degenza (in mq)

- n. mamme e bambini per ciascuna stanza;
- n. posti letto;
- n. ricoveri per anno;
- n. medici;
- n. vigilatrici, puericultrici, infermiere;

- presenza della caposala;
- motivazioni dell'assegnazione della stanza al ricovero;
- personale accogliente e modalità di accoglimento in reparto della mamma e del bambino;
- variabilità del personale durante la degenza;
- modalità di somministrazione della terapia orale;
- modalità di misurazione della temperatura;
- personale che accompagna il bambino agli esami strumentali o alle consulenze esterne;
- modalità del follow-up;
- presenza di una stanza per i giochi;
- ruolo della madre nella comunicazione degli inconvenienti igienici e assistenziali;
- esistenza di un orario e di uno spazio definiti per il colloquio medici-genitori;
- personale che comunica alla madre l'iter diagnostico e quello terapeutico;
- modalità di comunicazione alla madre della diagnosi definitiva;
- documentazione consegnata alla dimissione.

Risultati:

Abbiamo ricevuto risposta dal 100% delle Divisioni considerate. I dati sono stati elaborati utilizzando il package SPSS-pc.

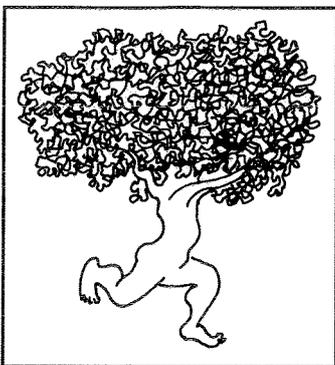
La stanza di degenza è in media di mq 23,4 (range 8 - 50); le mamme e i bambini sono in media 4,3 per stanza (range 2 - 10); la mamma dorme accanto al bambino in tutte le Divisioni; i posti letto sono in media 18 (range 3 - 40); i ricoveri per anno sono 962,4 (range 200 - 2400); i medici 7,8 (range 3 - 14); le vigilatrici 6,7 (range 1 - 19); le puericultrici 4,5 (range 1 - 15); le infermiere 6,1 (range 1 - 16); è presente la caposala nell'89,2% delle Divisioni.

La stanza di degenza viene così assegnata: per caso in 11 Divisioni (29,7%), per età in 8 reparti (21,6%), per patologia in 10 (27%) e per età e patologia in 8 (21,6%).

La madre e il bambino vengono accolti in reparto nella totalità dei casi da un medico e/o un infermiere ma con un modulo pre-stampato in 7 Divisioni (18,9%), con un colloquio preordinato in 24 Divisioni (64,9%), con un colloquio e un modulo in 3 (8,1%) e senza alcuna modalità organizzata nelle rimanenti 3 Divisioni (8,1%).

Il personale paramedico di assistenza varia durante la degenza in 23 Divisioni (68,2%) e quello medico in 8 Divisioni (21,6%).

La terapia orale viene somministrata dalla madre in 13 Divisioni (35,1%), la temperatura corporea viene misurata dalla madre in 17 (45,9%). Viene utilizzata una scheda infermieristica in 22 reparti (59,5%). Il bambino che esce dal reparto per praticare esami strumentali o consulenze viene accompagnato dal personale paramedico in 29 Divisioni (78,4%), dal



ACP ricerca

medico in 7 (18,9%), non viene accompagnato in 1 Divisione.

Il bambino alla dimissione (fig. 1) viene affidato nel caso di 14 delle 37 Divisioni al

Professionalità cui viene affidato il bambino alla dimissione dall' Ospedale

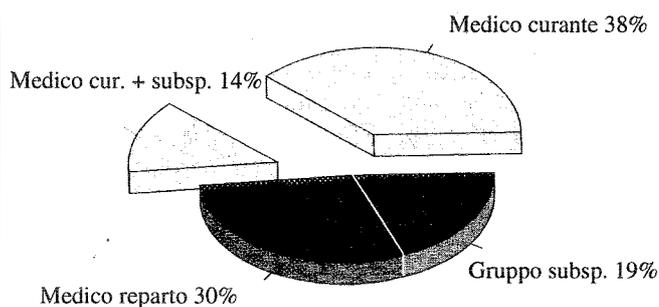


Fig. 1

medico curante (37,8%), al medico e gruppo subspecialistico di reparto in 5 casi (13,5%), al medico del reparto che ha seguito il bambino durante la degenza in 11 Divisioni (29,7%), al solo gruppo subspecialistico in 7 reparti (18,9%).

La madre comunica al personale gli eventi del bambino (alvo, diuresi, temperatura, ecc.) in 22 Divisioni (59,5%), gli inconvenienti igienici e assistenziali in 28 (75,7%).

L'esito degli esami e delle consulenze esterne viene comunicato alla madre dal medico del reparto in 33 casi (89,2%), dal consulente o dall'infermiere in 4 reparti (10,8%).

Non esistono uno spazio e un orario definiti per il colloquio con i genitori in 21 Divisioni (56,8%).

L'iter diagnostico e terapeutico viene comunicato alla madre dal primario in 6 Divisioni (16,2), dal medico o dal gruppo di medici che seguono il bambino in 28 reparti (75,6%), da medici sempre diversi in 3 reparti (8,1%).

E' presente una stanza per i giochi in 17 reparti (45,9%).

La diagnosi definitiva viene comunicata ai genitori dal primario in 16 Divisioni (43,2%), insieme ai medici che hanno seguito il bambino in 8 divisioni (21,6%), dai soli medici che hanno seguito il bambino in 9 Divisioni (24,3%), da medici diversi in 4 (10,8%). La comunicazione avviene nella stanza del medico in 20 divisioni (54,1%), al letto del malato in altri luoghi in 17 Divisioni (45,9%).

Alla dimissione, ai genitori, quale documentazione della degenza, viene consegnata in 21 Divisioni (56,7%) un'epicrisi o una lettera al medico curante, in 14 Divisioni (37,8%) il risultato delle analisi e la prescrizione terapeutica, in 2 (5,4%) niente (fig. 2).

Discussione:

In media, sono disponibili nelle stanze di degenza 4,3 metri quadrati per ciascuna unità madre-bambino, misura che, pur

tenendo conto delle ampie diversità riscontrate, dimostra come gli spazi a disposizione non siano proprio ampi.

L'organizzazione funzionale delle Divisioni analizzate mostra aspetti abbastanza disomogenei legati alla diversa tipologia degli ospedali considerati. E' molto variabile la numerosità del personale, così come la disponibilità dei posti letto e il numero

Documentazione alla dimissione

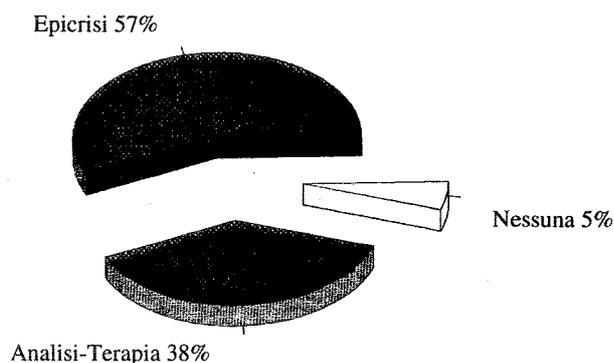


Fig. 2

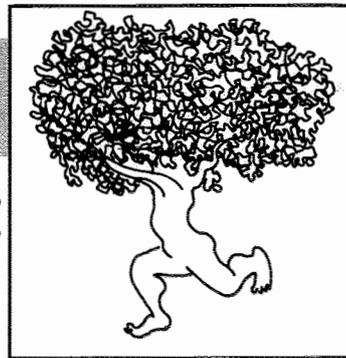
dei ricoveri annui. Alcuni aspetti sono però abbastanza simili: l'accoglienza in reparto che avviene attraverso modalità preordinate, la variazione del personale che è alta per i paramedici e meno alta per i medici e, infine, la mancanza di una scheda infermieristica nonché di una stanza dei giochi nel 50% dei reparti presi in considerazione. Inoltre, è quasi sempre il medico di reparto a comunicare alla madre il risultato delle consulenze esterne, degli esami strumentali, e l'iter diagnostico e terapeutico. La diagnosi definitiva, invece, viene comunicata dal primario in oltre il 40% dei casi. Infine, va segnalato che la mamma, oltre ad assistere il proprio bambino, ne controlla la temperatura, gli somministra la terapia orale e comunica al personale gli inconvenienti di natura tecnica che si verificano durante la degenza e che, alla dimissione, soltanto nel 51% dei casi il bambino viene affidato al medico curante.

Non c'è nessuna differenza statisticamente significativa, per concludere, tra le variabili analizzate e i reparti con più o meno di 500 ricoveri annui (tab. 1). C'è solo da rilevare che nelle Divisioni con oltre 500 ricoveri in un anno è più spesso la mamma a somministrare la terapia orale e soltanto nel 48% viene preparata alla dimissione l'epicrisi o lettera al medico curante.

Tab. 1

RICOVERI

	< 500/Anno	> 500/Anno
Presenza stanza giochi	4 (40%)	13 (48%)
Ricovero per caso	4 (40%)	7 (26%)
Mamma comunica eventi	4 (40%)	5 (18%)
Mamma terapia orale	5 (50%)	22 (81%)
Mamma temperatura	6 (60%)	17 (63%)
Epicrisi/lettera al curante	7 (70%)	13 (48%)
Follow up affidato al curante	4 (40%)	15 (55%)



Conclusioni:

Esiste ancora, in un terzo delle Divisioni esaminate, un modo casuale di assegnare la stanza di degenza all'atto del ricovero, anche se quasi ovunque la modalità di accoglimento nel Reparto avviene attraverso un modulo e/o un colloquio.

Notevole è la variabilità del personale paramedico nell'assistenza al bambino, più stabile il personale medico.

La madre ha un ruolo forse troppo importante nell'assistenza al bambino in gran parte delle Divisioni: in un terzo dei casi somministra la terapia orale, in circa la metà misura la temperatura e comunica gli eventi fisiologici del bambino. A fronte di questo ruolo forse eccessivamente ... "professionale" della mamma, esistono, secondo noi, delle carenze nel rapporto con la diade madre-bambino sia in termini puramente funzionali sia di tipo relazionale.

Il variare continuo del personale paramedico, pur espressione di vincoli normativi e contrattuali difficilmente superabili, non favorisce certamente la relazione della madre e del bambino con il Reparto. Inoltre, la dove manca la scheda infermieristica, è certamente problematica la trasmissione delle informazioni.

Il momento che però ci sembra più carente e bisognoso di trasformazione è quello della dimissione: diagnosi comunicate in modo affrettato, mancanza di una epicrasi e/o lettera al curante, mancato affidamento al pediatra di base: sono tutti elementi che dimostrano come sia ancora grande il divario tra più volte dichiarate necessità di coinvolgimento della madre e del medico curante e la pratica corrente.

In conclusione, a noi pare importante essere consapevoli della persistenza di contraddizioni e adoperarsi a che il ricovero ospedaliero non sia un momento isolato dell'assistenza al bambino ma uno dei momenti e delle modalità di cura. Il fatto che il ricovero, specialmente per la patologie acute, avvenga raramente su indicazione del curante e spesso senza che questi venga comunque a conoscenza, non esime il pediatra ospedaliero dal tentare di ricomporre il rapporto della famiglia con il pediatra curante, non andando a occupare spazi non peculiari dell'ospedale ma offrendo i propri servizi in funzione solo dei reali bisogni di assistenza di secondo livello.

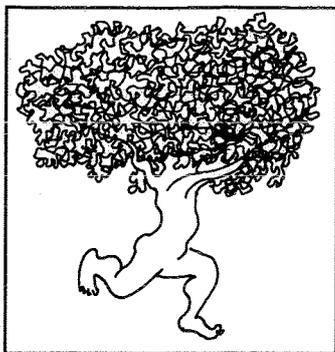
I risultati di questo articolo sono stati presentati sotto forma di poster al 50° Congresso nazionale della SIP, Roma, settembre 1994.

Si ringraziano i responsabili delle Divisioni dei seguenti ospedali: Lagonegro, Reggio Calabria, Cesena, Palmanova, Adria, Cividale, Padova, Mirano, Sondrio, Siracusa, Reggio Emilia, Trieste, Napoli (Cardarelli, I e II Policlinico, Annunziata, Pausilipon), Castellammare di Stabia, Torre Annunziata, Scafati, Teano, Frattamaggiore, S. Agnello, Vico Equense, Capua, Caserta, Ischia, Cava Dei Tirreni, Benevento, Sarno e Salerno.



Bibliografia:

- 1) Notiziario della SIP - Rivista Italiana Pediatria 1993, 19: 547-568.
- 2) Pediatria di base e Pediatria ambulatoriale. Berardi C et al. Medico e Bambino 1991, 4, 40-42.
- 3) Rapporti tra Pediatria ospedaliera e Pediatria di base. Medico e Bambino 5, 1984 (tavola rotonda).
- 4) Ipotesi per una organizzazione dell'assistenza pediatrica in Italia. Medico e Bambino 3, 1988.
- 5) Il reparto di Pediatria come servizio e la sua autoanalisi. Medico e Bambino 1, 1993.



VERIFICA DI EFFICACIA DEGLI ANTIBIOTICI RACCOMANDATI IN LETTERATURA, PER LA TERAPIA DELLE PIU' COMUNI PATOLOGIE INFETTIVE PEDIATRICHE.

gruppo di coordinamento:

-R.Bussi*, F.Marchetti**, V.Murgia*, A.Pedrini***, P.Schievano*.

gruppo di ricerca:

-A.Baggiani,R.Bussi,S.Drago,E.Ferrara,C.Funghi,G.Giancola, L.Lovison,R.Luchelli,V.Murgia,S.Pasquato,M.Pavan,L.Saretta, P.Schievano,R.Serragiotto,M.P.Sidran,C.Silvan,G.Spinella, A.Vozzi (*)
-P.Bonin,F.Camonico,P.Fait,M.Finco,N.Grassi, M.Marcadella,R.Scala,L.Todesco. (****)
-S.Bonati,M.Capozzo,E.Ciscato,D.Pittarello,S.Sassolino, C.Trevisan (*****)

INTRODUZIONE

A gennaio 1994 è entrato in vigore, in Italia, il nuovo Prontuario Farmaceutico del SSN, che ha selezionato i farmaci secondo criteri di efficacia documentata e di rapporto beneficio-rischio favorevole.

Nella sua prima fase di attuazione (gennaio-marzo '94) esso ha escluso molti antibiotici di ultima generazione, per motivi di rapporto costo-beneficio sfavorevole.

Questi farmaci, pur non rientrando tra quelli suggeriti dagli schemi terapeutici proposti dalla letteratura più accreditata, erano divenuti parte integrante del bagaglio farmacologico dei pediatri ambulatoriali.

Essi venivano usati d'abitudine nelle comuni patologie dell'infanzia, in alternativa a molecole "più vecchie", meno costose e di efficacia comprovata da una solida letteratura scientifica.

Nel momento in cui il prontuario ha posto dei limiti alla libertà prescrittiva, si è aperto un intenso dibattito nella nostra regione tra pediatri che prescrivevano d'abitudine questi farmaci e quelli fautori di una "politica dei farmaci essenziali", che ne facevano un uso molto più contenuto.

Motivo principale di discussione era se fossero ancora applicabili nella pratica quotidiana gli schemi terapeutici classici, suggeriti dalla letteratura per le più comuni malattie infettive dell'infanzia.

Questo lavoro si proponeva di portare un contributo chiarificatore al dibattito, valutando l'efficacia clinica e la maneggevolezza di questi farmaci nell'utilizzo quotidiano.

Si proponeva inoltre di valutare se fosse possibile definire uno score clinico per la diagnosi di Faringotonsillite da SBEA e di valutare che attendibilità predittiva abbia il giudizio clinico rispetto ai risultati del tampone faringeo.

OBIETTIVI:

1 -Verificare se siano ancora efficaci gli antibiotici indicati dalla letteratura come farmaci di prima scelta nella terapia

della Faringotonsillite streptococcica (FT da SBEA), della Otitite media acuta (OMA), Sinusite acuta (SA).

2 -Valutare la frequenza e le motivazioni che rendono necessario il ricorso ad antibiotici alternativi.

3 -Verificare se sia possibile costruire uno score clinico orientativo per la diagnosi di FT da SBEA.

MATERIALI E METODI

I pediatri ricercatori hanno partecipato, nella fase di progettazione dello studio, alla definizione dei protocolli diagnostici per le varie patologie, partendo da quelli già esistenti in letteratura e raggiungendo, in caso di discordanza, un consenso, mediante discussione di gruppo.

La definizione comune dei protocolli ci è sembrata essere un presupposto indispensabile per rendere il più possibile omogenei i criteri di inclusione dei pazienti nello studio da parte dei pediatri ricercatori. Per la FTA era prevista l'esecuzione del tampone faringeo.

Hanno partecipato allo studio 32 pediatri di famiglia appartenenti a gruppi culturali pediatrici di alcune città del Veneto (Padova, Vicenza, Bassano d. Grappa).

Il bacino di utenza nel quale operano è di circa 23.570 bambini, di età compresa fra 0 e 14 anni.

SCHEMA TERAPEUTICO ADOTTATO

Sono stati fissati rigidi protocolli terapeutici, scelti tra quelli indicati dalla letteratura scientifica più accreditata, ai quali si è deciso di aderire obbligatoriamente:

FTA da SBEA:

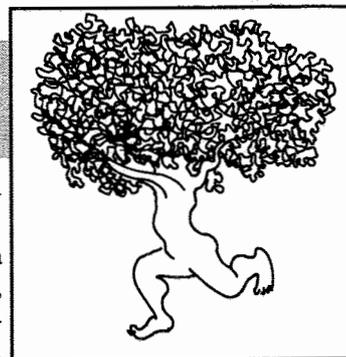
Penicillina V 50000 UI/Kg/die in 3 dosi per 10gg
oppure Eritromicina 50 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 gg
in caso di impossibilità ad usare i precedenti:
Iosamicina 50 mg/Kg/die in 3 dosi per 10 gg

OMA:

Bambini di età sopra i 2 anni:
Amoxicillina 50 mg/Kg/die in 3 dosi per 5gg
oppure: Cotrimossazolo 48 mg/Kg/die in 2dosi per 5gg
Bambini di età sotto i 2 anni oppure bambini con OMAR o Recidiva o Otorrea:
Amoxicillina 50 mg/Kg/die in 3 dosi per 8 gg
oppure: Cotrimossazolo 48 mg/Kg/die in 2 dosi per 8gg
eventuale farmaco alternativo consigliato:
Cefaclor 50mg/Kg/die in 3 dosi

SA:

Amoxicillina 50 mg/Kg/die in 3 dosi per 8-10 gg
oppure: Cotrimossazolo 48 mg/Kg/die in 2 dosi per 8-10 gg.
eventuale farmaco alternativo consigliato:
Cefaclor 50mg/Kg/die in 3 dosi



Il ricorso a farmaci o a schemi terapeutici diversi da quelli di riferimento doveva essere segnalato unitamente alle motivazioni che lo avevano determinato.

Per ciascuna patologia è stata predisposta una scheda di rilevazione dei dati, che comprendeva non solo notizie sullo schema terapeutico, ma anche segnalazioni sulla sintomatologia soggettiva e oggettiva.

In particolare per la FT da SBEA il pediatra doveva riportare il proprio giudizio sulla probabile eziologia streptococcica, emesso sulla base delle caratteristiche cliniche del caso e confermato a posteriori dall'esito del tampone faringeo.

La terapia antibiotica veniva iniziata solo dopo il risultato del tampone, salvo che nei casi giudicati più severi.

CRITERI DI INCLUSIONE

Sono stati inclusi nello studio tutti i bambini di età da 0 a 14 anni, rivoltisi al loro pediatra in un periodo di 4 settimane consecutive, comprese fra aprile e maggio 1994, con un quadro clinico suggestivo di FTA, OMA, SA.

MISURE DI OUTCOME

I criteri di fallimento terapeutico, stabiliti prioritariamente, sono stati individuati nella mancata risoluzione della sintomatologia entro 48-72 h dall'inizio della terapia o in una ricaduta (nuovo episodio entro 8 giorni).

E' stato previsto inoltre un periodo di osservazione di 30 giorni, con valutazione delle recidive (nuovi episodi entro 30 giorni).

RISULTATI

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

Il numero totale di bambini visti nel periodo studiato è di 838, dei quali 415 per FTA (di cui 264 con TF positivo), 347 per OMA, 76 per SA.

Il campione era costituito per il 59% da maschi.

L'età media dei bambini è stata di 4.6 anni, più alta per FTA (5.2) e per SA (5.8) che per OMA (3.5).

UTILIZZO DELLA TERAPIA DI RIFERIMENTO

I bambini trattati con antibioticotierapia sono stati 687 (82%), di cui 640 (94%) con terapia di riferimento e 47 con farmaci alternativi (6%).

RISULTATI CON LA TERAPIA DI RIFERIMENTO

Con la terapia di riferimento si è ottenuto successo in 589 casi (91%), così distribuiti: nel 97% dei casi di FTA (237/245); nell'89% dei casi di OMA (287/322) e nell'89% dei casi di SA (65/73).

Rispetto alla durata del ciclo terapeutico nell'OMA, con quello "breve" sono guariti 173/198 bambini (87%) e con ciclo "lungo" 114/124 (92%).

FARMACI ALTERNATIVI E MOTIVAZIONI

In particolare, nella prima: PenicillinaG-Benzatina (5 casi), Amoxicillina+Acido Clavulanico (5), Claritromicina (4), Azi-

tromicina (2), Cefixima, Cef-
tibusen e Acetilcefuroxima (1
caso rispettivamente). Nella
seconda: Cefaclor (11 casi),
Amoxicillina+Acido clavula-
nico (8), Azitromicina (2),
Ceftibusen (3), Cefixima (1). Nella terza: Cefaclor (3).

Le motivazioni riportate sono state complessivamente: intolleranza in corso di terapia (3), intolleranza già nota ai farmaci di riferimento (10), farmaco disponibile in casa (6), episodio precedente trattato senza successo con farmaco di riferimento (4), rifiuto del bambino ad assumere il farmaco (3), compliance non garantita (8), episodi frequenti di patologia infettiva (8), farmaco prescritto da altro medico (1), fallimento terapia (1), non riportate (1).

VALORE PREDITTIVO DEL GIUDIZIO CLINICO

Sono stati eseguiti in totale 322 tamponi faringei, di cui 213 sono risultati positivi e 109 negativi.

Il giudizio del pediatra corrispondeva all'esito del tampone 183 volte in caso di tampone positivo (sensibilità = 86%) e 66 volte in caso di tampone negativo (specificità = 60%).

Il pediatra ha previsto che il tampone faringeo fosse positivo 226 volte, esprimendo giudizio corretto in 183 casi (valore predittivo positivo = 81%) e ha previsto che il tampone fosse negativo 96 volte, con giudizio corretto in 66 (valore predittivo negativo = 69%).

IMPLICAZIONI CLINICHE

Il risultato dello studio consiste nella dimostrazione della validità dei farmaci di riferimento e della necessità di ricorso agli antibiotici di nuova generazione solo in un limitato numero di particolari circostanze, quali la non risposta per probabile resistenza, l'intolleranza al farmaco in uso, la scarsa compliance.

Rispetto alla FT da SBEA, si è evidenziata nel complesso una buona capacità predittiva dei pediatri specialmente nel riconoscere gli elementi di positività del tampone faringeo.

L'analisi dei dati descrittivi raccolti per le tre patologie permetterà ulteriori conoscenze, attraverso elaborazioni più dettagliate.

Va evidenziato comunque l'alto valore formativo di un lavoro condotto con questo metodo. Il contributo multidisciplinare ha permesso di analizzare e approfondire le nostre conoscenze sulla farmacoterapia delle tre patologie e il recupero di corretti percorsi metodologici per la diagnosi e la terapia delle stesse.

Si auspica che, terminato lo studio, permanga una aderenza motivata a questi percorsi diagnostico-terapeutici, anche in considerazione del fatto che la loro affidabilità è stata confermata dal riscontro nella pratica clinica.

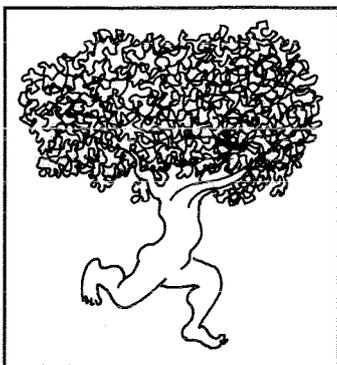
* *Pediatri del gruppo APREF di Padova.*

** *Ricercatore presso il Consorzio Negri Sud*

*** *Farmacista USSL n° 20 Camposampiero (PD).*

**** *Pediatri del gruppo ACP "J.Da Ponte" di Bassano del Grappa (VI).*

***** *Pediatri del gruppo ARP di Vicenza.*



EPIDEMIOLOGIA DELLA PATOLOGIA DEL BAMBINO EXTRACOMUNITARIO

E. Benetti, S. Bonati, M. Capozzo, M.E. Ciscato, G. Ferrari, F. Fusco, E. Laverda, D. Pittarello, R. Salvadori, D. Sambugaro, S. Sassolino, C. Trevisan, G. Ziglio (Pediatri di base dell'ARP di Vicenza)

OBIETTIVI

Il gruppo di pediatri aderenti all'associazione Aggiornamento e Ricerca in Pediatria di Vicenza (ARP Vicenza) ha inteso conoscere con una ricerca finalizzata sul bambino extracomunitario la reale dimensione del fenomeno nella loro provincia, valutando il numero dei bambini stessi in carico ai pediatri di base, la loro provenienza, la copertura vaccinale e, infine, la patologia prevalente.

MATERIALI E METODI

A tale scopo è stata inviata a tutti i pediatri della provincia una scheda che doveva essere compilata per ogni paziente extracomunitario proveniente da Africa, Asia, Centro America, Sud America, Est Europa in carico ai pediatri al 15.6.93, segnalando se il bambino fosse stato adottato, immigrato o nato in Italia.

RISULTATI

Hanno aderito alla ricerca 37 pediatri, pari al 46% dei pediatri convenzionati della provincia; campione quindi ritenuto più che buono anche perché rappresentativo di tutte le realtà sia geografiche (città, zone collinari/montane, campagna), sia economiche (insediamenti diversi per provenienza in varie realtà lavorative).

I bambini in carico erano, in tale data, complessivamente 21.615, gli extracomunitari erano 348, pari all'1,6% dei pazienti, ed erano così suddivisi: adottati 54, nati in Italia 242, immigrati 52.

Bambini extracomunitari ADOTTATI

Sono risultati complessivamente 54 (44% maschi, 56% femmine), tutti con entrambi i genitori extracomunitari.

I dati rilevati sono così riassunti:

All'arrivo in Italia: 0-2 anni, 45 bambini; 2-6 anni, 5; 6-14 anni, 4

Età attuale: 0-2 anni, 12 bambini; 2-6 anni, 30; 6-14 anni, 12

Provenienza: Est Europa 1, Africa 2, Asia 9, Sud America 42 di cui: Brasile 26, Perù 7, Cile 3, Bolivia 3, Guatemala 2, Argentina 1.

Nel Paese di provenienza sono state diagnosticate 8 patologie infettive (tra cui 2 Epatite B e 2 TBC), 4 ematologiche, 3 malformative, 2 allergiche e 2 neurologiche.

All'arrivo in Italia sono state riscontrate 10 patologie infettive (tra cui 2 Epatite B, 1 TBC e 2 Scabbia), 7 ematologiche (anemie sideropeniche), 2 allergiche, 1 malformativa e 1 neurologica.

Sono comparse successivamente 6 patologie infettive minori, 2 ematologiche, 3 allergiche, 1 endocrina, 2 ritardi staturale-ponderali (con età anagrafica dubbia) e 2 casi con problemi di

adattamento.

Le vaccinazioni nei Paesi d'origine sono state documentate in 30 dei 54 bambini adottati. In 4 casi era stato somministrato anche BCG.

NATI IN ITALIA

Essi sono risultati essere 242 (123 maschi e 119 femmine), di cui il 22% avevano solo un genitore extracomunitario, il 78% entrambi i genitori.

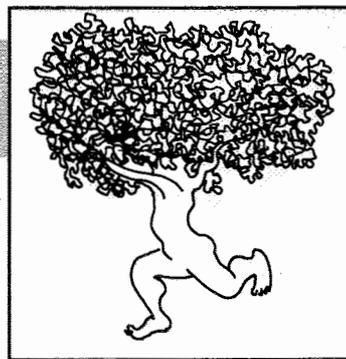
Ed ecco i dati:

Età attuale: 0-2 anni, 122 bambini; 2-6 anni, 81; 6-12 anni, 36

Provenienza: Africa 134 (36 del Nord del continente, 96 del Centro e 2 del Sud); Est Europa 49; America 22 (4 del Centro e 18 del Sud); Asia 13.

Tutti questi bambini hanno eseguito gli esami di routine alla nascita. Successivamente hanno eseguito ulteriori indagini ematologiche 24 bambini (pari al 10% circa) fra cui ricordiamo: 19 emocromo e profilo biochimico completo, 5 assetto emoglobinico, 4 gli Ac per TORCH, 3 esami parassitologici, 4 Mantoux, 2 VDRL, 5 HBV, 4 HIV, 2 HCV.





Sono state segnalate 24 patologie infettive (veramente importanti solo una malaria e 1 meningite neonatale), 4 ematologiche, 10 malformative (2 cardiopatie, 1 sindrome di Down, 1 sindrome polimalformativa, 1 plagiocefalia), 16 allergiche e 1 neurologica.

Inoltre, sono stati descritti in 12 casi una difficoltà di comunicazione con la famiglia da parte del pediatra (soprattutto per motivi linguistici), in 1 caso cattivo inserimento scolastico, in 5 casi condizioni ambientali molto disagiate e in 2 casi un affidamento a coppie italiane.

Le vaccinazioni sono state eseguite a tutti i 242 bambini, in un caso con aggiunta di BCG.

IMMIGRATI

Essi sono risultati 52 (25 maschi, 26 femmine e uno mai visto dal pediatra e con un nome non classificabile).

Ed ora i numeri:

Età all'arrivo: 0-2 anni, 9 bambini; 2-6 anni, 19; 6-12 anni, 4; di età ignota, 20

Età attuale: 0-2 anni, 1 bambino; 2-6 anni, 25; 6-12 anni, 26

Provenienza: Asia 3; Africa 8 (5 dal Nord, 3 dal Centro); Sud America 10 (Argentina 6, Uruguay 2, Giamaica 1, Santo Domingo 1); Est Europa 31 (di cui 7 albanesi e 24 ex jugoslavi).

Sono stati eseguiti nel Paese d'origine esami di laboratorio solo in 2 casi, non sono stati eseguiti sicuramente in 29 casi, nei rimanenti 21 il dato è ignoto.

In Italia sono stati richiesti sicuramente esami in 5 casi, non sono stati sicuramente eseguiti in 30 casi e nei restanti 17 il dato è ignoto.

Fra quei bambini sui quali sono stati eseguiti accertamenti, è stato riscontrato 1 caso di Epatite B e 1 caso di infezione da HIV.

Al momento dell'arrivo in Italia 27 bambini non presentavano patologie, 4 avevano una patologia riscontrata nel Paese d'origine e di 21 non si conoscevano i dati.

Con le vaccinazioni di legge in Italia sono stati vaccinati 22 bambini.

COMMENTO

L'incidenza dell'1,61% dei bambini extracomunitaria trova corrispondenza con i dati Istat 1992 che indicano nel 2% della popolazione italiana il numero stimato degli immigrati.

Il nostro studio dimostra una sostanziale differenza nella prevalenza di malattia e nel comportamento del pediatra a seconda del tipo di bambino extracomunitario.

I bambini adottati sono molto seguiti dai genitori e quindi vengono effettuati numerosi controlli medici nei loro riguardi, spesso già nel Paese d'origine. A questo fa riscontro l'elevata incidenza di patologia riscontrata in questo gruppo. Gli esami richiesti per i bambini adottati sono in linea con le raccomandazioni internazionali.

Per i bambini immigrati la situazione appare sostanzialmente diversa. Molti di questi, soprattutto quelli provenienti dall'Est Europa, non si sono mai rivolti ai pediatri. Sono quindi stati eseguiti pochi accertamenti e non è possibile precisare la loro posizione sanitaria. Sembrano più integrati i genitori dei bam-

bini provenienti dall'Africa che si sono rivolti più spesso al pediatra.

Da segnalare inoltre gli importanti problemi di comunicazione e quelli sociali. I bambini nati in Italia - il gruppo più numeroso della nostra ricerca - vengono gestiti dal pediatra come il resto della popolazione: eseguono gli esami di routine alla nascita e dopo solo in caso di fondato sospetto clinico. I pediatri segnalano comunque anche per questi bambini una certa difficoltà di comunicazione per motivi linguistici e culturali, ma anche derivati dal loro status di soggiorno temporaneo: allo scadere del permesso di soggiorno, infatti, escono dalle liste per rientrarvi dopo un periodo più o meno lungo. Dai dati in nostro possesso questi bambini non sembrano presentare più patologie della popolazione locale.

CONCLUSIONI - PROSPETTIVE

Proprio per quanto su esposte, la ricerca sembra essere un punto di partenza per la conoscenza di un fenomeno già ben presente nel nostro Paese ma sicuramente in via di espansione. Ai pediatri ricercatori lo studio è servito anche per rivedere il proprio approccio comportamentale verso il bambino extracomunitario, sia sotto il profilo culturale sia sotto quello prescrittivo-terapeutico, mettendo a nudo quanto si possa e di debba ancora (molto) operare anche in stretta collaborazione con i servizi (ospedali, consultori, servizi sociali, volontariato, ecc.) che di essi si occupano.

(Si ringraziano i Pediatri di Base della Provincia di Vicenza che hanno cortesemente collaborato alla realizzazione di questo studio).





L'ASSEMBLEA ANNUALE DEI SOCI ACP

Si è tenuta presso la sede del congresso ACP (Hotel Demidoff - Firenze) l'8 ottobre 1994 l'assemblea annuale dei soci dell'Associazione Culturale Pediatri.

La relazione sulla situazione finanziaria è stata esposta dal tesoriere dr. Franco Dessì, e approvata alla unanimità. E all'unanimità è stato approvato anche il bilancio preventivo per il 1994.

La relazione del Presidente (*pubblicata sul n. 1 di Quaderni ACP*) è stata ampiamente discussa con gli interventi dei soci Alberti, Panizon, Tamburlini, Ciotti, Brunelli, Passalacqua, Baronciani, D'Andrea, Pierattelli, Contarini, Fedele, Berardi, Cirillo, La Gamba, Iaia, Ciotti, Venturelli. Nel dibattito è stato sottolineato il momento di crisi della sanità italiana ed in particolare, per la realtà pediatrica, la mancata definizione del dipartimento materno-infantile nei piani sanitari regionali di Emilia Romagna e Lazio (le uniche due regioni che hanno presentato al momento del congresso ACP un piano sanitario regionale). Anche altre regioni, si è sottolineato, sembrano orientate nello stesso modo; parziali eccezioni sono rappresentate da Calabria e Umbria.

In numerosi interventi (in particolare quello del prof. Panizon, di Alberti di Giorgio Tamburlini e di Dante Baronciani) è stata sottolineata l'importanza che la difesa dello stato sociale sia portata avanti con forza sviluppando il massimo di attenzione sulla difesa dei servizi sanitari pubblici, favorendo la diffusione di una cultura della valutazione delle disuguaglianze che anche i sistemi pubblici offrono all'utenza nelle diverse regioni e per i diversi strati sociali.

Una sottolineatura a parte nel dibattito è stata fatta sulla preoccupante e drastica riduzione degli aiuti ai paesi in via di sviluppo da parte dello stato italiano.

In numerosi interventi è stata poi sottolineata la necessità di rapporti costruttivi con la S.I.P.; in altri che nei prossimi congressi ACP venga dato maggior spazio all'incontro sulla ricerca in pediatria ambulatoriale. La dottoressa Brunelli ha chiesto che le votazioni vengano fatte alla

fine dell'Assemblea, per permettere ai candidati di presentarsi.

Nella replica il presidente ha invitato tutti i pediatri rappresentanti delle varie professionalità a comunicare tra loro e a collaborare a difesa dell'area pediatrica, i gruppi locali ad attivarsi per portare correttivi ai piani sanitari regionali. Per quanto riguarda la S.I.P. ha ribadito il suo impegno di collaborazione; si è dichiarato d'accordo inoltre che per il futuro le votazioni siano fatte al termine dell'assemblea e che l'impegno culturale e politico dell'ACP continuerà in accordo ad una tradizione ormai ben consolidata.

Subito dopo è stato costituito il seggio elettorale, presieduto da Franco Dessì, per la nomina del presidente, di quattro consiglieri e del revisore dei conti.

Sono stati eletti:

Presidente: Giancarlo Biasini

Revisore: Dante Baronciani

Consiglieri: Carla Berardi
Leo Venturelli
Sergio Conti Nibali
Pasquale Alcaro

Per rinuncia di Alcaro, è subentrato nel C.D. il socio Giuseppe Cirillo.

Il Consiglio direttivo ha poi confermato nella carica il tesoriere Franco Dessì.

Il Consiglio direttivo e le cariche sociali risultano pertanto così composte (a lato dei consiglieri le relative scadenze dei mandati):

Presidente: G. Biasini (1997)

Consiglieri: A. Alberti (1996)

R. Buzzetti (1996)

P. La Gamba (1996)

G. Tamburlini (1996)

C. Berardi (1997)

G. Cirillo (1997)

S. Conti Nibali (1997)

L. Venturelli (1997)

Revisore: D. Baronciani (1997)

Tesoriere: F. Dessì (1997)

Rimangono invariati gli incarichi, a suo tempo affidati, delle segreterie dell'ACP:

L. Acerbi, pediatria di comunità;

G. Bonora, problemi ospedalieri;

S. Fedele, didattica per il pediatra ambulatoriale;

M. Gangemi, ricerca in pediatria ambulatoriale;

G. Tamburlini, problemi del bambino a rischio sociale.

IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

La proposta ACP

Facendo seguito a quanto richiesto dall'assemblea dei soci dell'ACP tenuta a Firenze l'8 ottobre scorso, presentiamo un progetto di larga massima circa l'istituzione del D.M.I. (il Dipartimento Materno Infantile) previsto dal Piano Sanitario Nazionale. Il progetto può essere corretto a seconda delle condizioni locali, visto che è assai difficile prepararne uno buono per tutte le regioni.

A nostro parere, il progetto andrebbe presentato urgentemente agli assessori alla Sanità delle Regioni da ACP-SIP-FIMP, o dalla sola ACP qualora l'accordo non fosse possibile, facendo bene presente agli assessori che si tratta di un atto dovuto come conseguenza del Piano Sanitario Nazionale.

Come sapete, il momento è particolarmente difficile, sia per l'attacco dei medici generici alla convenzione pediatrica sia per la esclusione di fatto dei pediatri di libera scelta dai Consigli dei sanitari sia, ancora, per l'applicazione dei DRG "generali" ai ricoveri pediatrici che sfavoriscono grandemente le divisioni pediatriche e neonatologiche, come è stato evidenziato dal nostro congresso nazionale.

Come non mai, è interesse di tutti l'istituzione di una struttura "forte" come il D.M.I.

Per parte mia, ho chiesto al presidente della SIP che esponga con forza al ministro della Sanità le inadempienze delle Regioni in tema di istituzione del D.M.I.

Giancarlo Biasini

Articolo 1. Istituzione del DMI.

In ogni Azienda - USL è istituito un Dipartimento per la salute materno-infantile per svolgere le funzioni previste dai "progetti-obiettivo" individuati nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1994-96.

Il Dipartimento realizza il coordinamento delle diverse forme di prevenzione, educazione sanitaria, assistenza e riabilitazione riguardanti la fascia di età 0-16 anni, l'assistenza alla famiglia per una procreazione cosciente e responsabile e la tutela della salute della donna, erogate attraverso



so i distretti territoriali in integrazione con le Divisioni ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria.

Articolo 2. Competenze e obiettivi.

La funzione del Dipartimento è l'integrazione fra le attività della A.USL a favore dell'area materno-infantile in modo che siano evitate le frammentazioni e le duplicazioni fra gli interventi delle diverse aree che si occupano di assistenza materno-infantile e fra gli interventi preventivi di diagnosi e cura.

Gli obiettivi che il D.M.I. deve realizzare sono quelli individuati dal P.S.N. per il triennio 1994-96 (supplemento ordinario alla G.U. n.8 del 12 gennaio 1994 - parte prima) e riguardano programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica delle attività delle seguenti aree:

1. tutela della salute della donna, della coppia e del bambino nella fase preconcezionale, della gestazione e della fase perinatale;
- 2.1 promozione della salute del bambino e dell'adolescente mediante il coordinamento degli interventi a questi rivolti da parte del pediatra di comunità, del pediatra di libera scelta, del Servizio Sociale;
- 2.2. promozione, esecuzione, sorveglianza delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative, anche in collaborazione con altri servizi;
- 2.3 sorveglianza igienica di ambienti, arredi, alimenti nelle comunità educative pubbliche e private, anche in collaborazione con altri servizi;
- 2.4 programmazione, attuazione e verifica delle iniziative di educazione sanitaria sia del singolo che all'interno delle comunità educative;
- 2.5 identificazione e controllo dei criteri per l'ammissione, il controllo e l'allontanamento dalle comunità scolastiche;
- 2.6 tenuta dei registri per malattie croniche;
- 2.7 programmazione, attuazione, registrazione e verifica di screening effettuati nel territorio della USL;
3. tutela della salute mentale e riabilitazione nell'età evolutiva, ivi compresi gli interventi in favore dei portatori di handicap sia neuromotori, che neurosensoriali, che organici;
4. gestione dell'attività di un sistema informativo di Dipartimento comprenden-

te le attività di verifica di qualità.

Articolo 3. Struttura.

Confluiscono nel D.M.I. e ne fanno parte a pieno titolo i seguenti settori esistenti nella USL e il relativo personale:

- 1) i Consulteri familiari con tutte le loro componenti professionali a rapporto di dipendenza o a contratto; questi ultimi conservando le rispettive attribuzioni relative ai contratti: ginecologi, psicologi, ostetriche e ASV, assistenti sociali;
- 2) i servizi variamente definiti come medicina scolastica, Consulteri pediatrici, pediatria di comunità, équipes psicopedagogiche, Consultorio giovani, servizi di medicina preventiva dell'età evolutiva, ecc., con le relative figure professionali: pediatri, medici scolastici, medici di prevenzione e sanità pubblica dell'età evolutiva, I.P., A.S.V., assistenti sociali; per questo personale vale il rilievo relativo alle sue funzioni contrattuali di cui al punto 1;
- 3) il Settore di neuropsichiatria infantile, psicologia dell'età evolutiva e riabilitazione con le relative figure professionali: neuropsichiatri infantili, psicologi, assistenti sociali, operatori tecnici della riabilitazione, educatori professionali;
- 4) il Settore del Servizio di Medicina di base e specialistica che si occupa della gestione della convenzione pediatrica e, con le caratteristiche relative alla loro situazione contrattuale, i pediatri di libera scelta;
- 5) le Divisioni di Pediatria, Ostetricia-Ginecologia e N.P.I. esistenti nelle Aziende USL con il relativo personale.

Articolo 4. Aree territoriali

In aree territoriali, di norma relative ad ambito provinciale, in cui esistono Divisioni ospedaliere di Ostetricia-Ginecologia, Pediatria, N.P.I. ed altre specialità pediatriche collocate all'interno di Aziende-ospedale, il programma di D.M.I. dell'Azienda USL va concordato con i dirigenti di II livello responsabili delle suddette Divisioni ospedaliere. Le modalità di integrazione fra D.M.I. dell'Azienda USL e divisioni ospedaliere dell'Azienda ospedale vanno definite dai rispettivi Direttori Generali.

Articolo 5. Coordinamento.

Coordina i settori 1,2,3, di cui all'articolo 3, un dirigente (DPR 517/93) medico di I o II livello a tempo pieno operante nel settore stesso e nominato dal Direttore Generale. Coordina il settore 4 un pediatra di libera scelta nominato dal Direttore Generale, sentite le indicazioni delle organizzazioni sindacali. Fanno parte del Consiglio di coordinamento tutti i coordinatori di settore e i primari delle Divisioni ospedaliere di cui al punto 5 dell'articolo 3. Il Consiglio di coordinamento si riunisce almeno tre volte all'anno. Nell'ultima riunione dell'anno stabilisce:

- 1) il programma dell'attività del D.M.I. nell'anno successivo relativamente ai singoli settori, le modalità dell'attuazione e della valutazione secondo indicatori di ogni singolo programma;
- 2) le modalità della integrazione dell'attività nei singoli settori, distinguendoli per le aree di cui all'articolo 2, e cioè:
 - 2.1 area della salute della donna
 - 2.2 area della salute del bambino e dell'adolescente
 - 2.3 area della salute mentale e della riabilitazione;
- 3) il programma di aggiornamento professionale dei singoli settori e quello in comune per tutti i settori.

Articolo 6. Direttore del D.M.I.

Il Direttore Generale nomina il Direttore del D.M.I. scegliendolo tra i dirigenti medici del II livello appartenenti al D.M.I. con un incarico temporaneo di cinque anni rinnovabili (art. 15 DL 502/92 e successive modificazioni). Il Direttore è coadiuvato da un ufficio tecnico-amministrativo di supporto della sua attività

Articolo 7. Attività nei Distretti.

L'Azienda UsI eroga i servizi di competenza del D.M.I. attraverso i Distretti intesi come articolazioni territoriali e funzionali dell'Azienda. Nel Distretto, pertanto, il personale del D.M.I. costituisce una unità operativa che dipende direttamente dal Direttore del Distretto per lo svolgimento delle attività indicate nel programma triennale della A.USL, mentre le indicazioni generali circa la impostazione tecnico-scientifica delle attività e la valutazione dei risultati ottenuti spettano al Direttore del D.M.I.

MORTALITA' PERINATALE E MORTALITA' INFANTILE

Vengono presentati in questo numero i dati relativi alla mortalità perinatale, neonatale e infantile riscontrati nel 1992 e pubblicati nel fascicolo del giugno 1994 del Bollettino Mensile di Statistica.

Le tabelle 1 e 2 illustrano i tassi di mortalità per regione e area geografica in base alla popolazione presente e a quella residente. Le differenze che talora si riscontrano nei valori delle due tabelle sono attribuibili a fenomeni migratori di popolazione che possono modificare sia il numeratore che il denominatore delle formule utilizzate per il calcolo dei tassi. Fra i più importanti fenomeni migratori ricordiamo quelli dovuti a: I) domicilio in regione diversa da quella di residenza; II) spostamenti di popolazione ostetrica per il parto, soprattutto in caso di gravidanza a rischio; III) trasferimento di neonati ad alto rischio di morte in regioni diverse da quella di residenza e/o di nascita; IV) migrazione di lattanti affetti da gravi patologie verso centri specialistici ubicati, anche in questo caso, in regioni diverse da

quella di residenza.

Gli effetti di questi fenomeni migratori sono più evidenti quando il numero di nati in una regione è basso, come avviene, per esempio, in Val D'Aosta e Molise i cui tassi di mortalità infantile, in base alla popolazione presente, sono inferiori a quelli calcolati in base alla popolazione residente. D'altro canto, se l'efficacia dei servizi sanitari delle regioni di immigrazione è maggiore di quella delle regioni di emigrazione i tassi di queste ultime, espressi per popolazione residente, possono risultare più bassi di quanto i livelli dei servizi esistenti in loco giustifichino.

La mortalità neonatale e infantile più basse sono rispettivamente quelle del Trentino Alto Adige (3,7 x 1000) e Friuli Venezia Giulia (5,0 x 1000); quelle più alte dell'Abruzzo (unica regione ad avere una mortalità infantile superiore al 10 x 1000 - cfr. tab.2). Dopo il primo mese di vita, la mortalità più elevata è quella della Campania (2,4 x 1000), la più bassa quella delle Marche (0,6 x 1000).

Il gradiente Nord-Sud è evidente quando si confrontano i tassi per area geografica. Il rischio relativo di morire nel primo mese o nel primo anno di vita è di 1,5 per un bambino del Sud a confronto di uno del Nord. Per i bambini del Centro i tassi sono intermedi, a eccezione della mortalità post-neonatale, il cui valore (1,6 x 1000) è addirittura leggermente più basso di quello del Nord.

I valori medi nazionali di mortalità perinatale, neonatale totale e infantile sono, rispettivamente, 9,2, 5,9, e 7,9 x 1000.

Tab. 1- Mortalità perinatale, mortalità neonatale precoce, mortalità neonatale totale, mortalità infantile, mortalità neonatale tardiva e mortalità post-neonatale in Italia nel 1992, in base alla popolazione presente (tassi x 1000).

	MPN	MNP	MNT	MI	MNTa	MPoN
Piemonte	8.9	3.6	4.3	6.3	0.7	1.9
Valle D'Aosta	9.4	2.1	2.1	4.2	0	2.1
Lombardia	7.2	3.3	4.5	6.7	1.2	2.2
Trentino A.A.	5.3	2.8	3.5	5.0	0.7	1.5
Veneto	6.8	3.0	4.1	5.9	1.1	1.9
Friuli V.G.	7.4	3.7	4.3	5.5	0.6	1.2
Liguria	10.8	5.9	7.4	10.0	1.6	2.6
Emilia Romagna	9.1	4.4	5.6	7.2	1.2	1.6
Toscana	8.3	4.7	5.9	7.5	1.2	1.5
Umbria	8.1	2.5	3.7	4.6	1.2	0.9
Marche	7.8	4.6	6.2	7.8	1.6	1.6
Lazio	9.2	5.1	6.7	9.0	1.6	2.3
Abruzzo	11.2	6.5	7.5	9.5	1.0	2.0
Molise	9.9	3.9	4.2	5.1	0.3	0.9
Campania	11.5	5.5	7.3	9.7	1.8	2.4
Puglia	10.6	5.3	7.0	9.0	1.7	2.0
Basilicata	7.7	3.5	4.5	6.3	1.0	1.8
Calabria	10.2	3.9	5.4	7.1	1.4	1.7
Sicilia	12.4	6.4	7.9	10.0	1.4	2.1
Sardegna	9.9	3.1	4.7	6.5	1.6	1.8
Nord	7.8	3.6	4.7	6.6	1.1	1.9
Centro	8.7	4.8	6.2	8.1	1.5	1.9
Sud-Isole	11.2	5.4	6.9	9.0	1.6	2.1
Italia	9.5	4.6	6.0	8.0	1.4	2.0

MPN : mortalità perinatale
MNP : mortalità neonatale precoce
MNT : mortalità neonatale totale
MI : mortalità infantile
MNTa : mortalità neonatale tardiva
MNPoN : mortalità post-neonatale

I tassi sono espressi x 1000 nati vivi, ad eccezione della mortalità perinatale, che è stata calcolata secondo la formula:

$$\frac{\text{morti nella I settimana di vita} + \text{nati morti}}{\text{nati morti} + \text{nati vivi}} \times 1000 \text{ nati}$$

Tab. 2- Mortalità perinatale, mortalità neonatale precoce, mortalità neonatale totale, mortalità infantile, mortalità neonatale tardiva e mortalità post-neonatale in Italia nel 1992, in base alla popolazione residente (tassi x 1000).

	MPN	MNP	MNT	MI	MNTa	MPoN
Piemonte	8.9	4.2	5.1	7.0	0.9	1.9
Valle D'Aosta	13.2	4.1	4.1	6.1	0	2.0
Lombardia	6.7	3.1	4.2	6.2	1.1	1.9
Trentino A.A.	4.6	2.9	3.7	5.6	0.8	1.9
Veneto	6.5	3.0	4.1	5.8	1.1	1.7
Friuli V.G.	5.6	3.0	4.0	5.0	1.0	1.0
Liguria	9.7	5.1	5.9	7.0	0.8	1.1
Emilia Romagna	8.7	4.0	5.0	6.5	1.0	1.5
Toscana	8.2	4.6	5.8	7.1	1.2	1.3
Umbria	5.5	3.6	5.0	6.4	1.3	1.5
Marche	5.7	4.0	5.0	5.6	1.0	0.6
Lazio	9.6	5.0	6.4	8.5	1.4	2.1
Abruzzo	10.0	6.3	7.8	10.1	1.5	2.3
Molise	9.9	5.5	7.3	8.7	1.7	1.5
Campania	11.5	5.5	7.2	9.6	1.7	2.4
Puglia	9.9	5.1	6.7	9.0	1.7	2.3
Basilicata	9.1	4.6	6.5	8.3	1.9	1.8
Calabria	11.5	4.5	6.4	8.5	2.0	2.0
Sicilia	11.9	6.2	7.6	9.9	1.4	2.3
Sardegna	10.4	3.3	5.1	7.3	1.7	2.2
Nord	7.3	3.5	4.5	6.2	1.0	1.7
Centro	8.4	4.7	5.9	7.6	1.3	1.6
Sud-Isole	11.1	5.4	7.0	9.3	1.6	2.3
Italia	9.2	4.6	5.9	7.9	1.4	2.0

Statistiche correnti

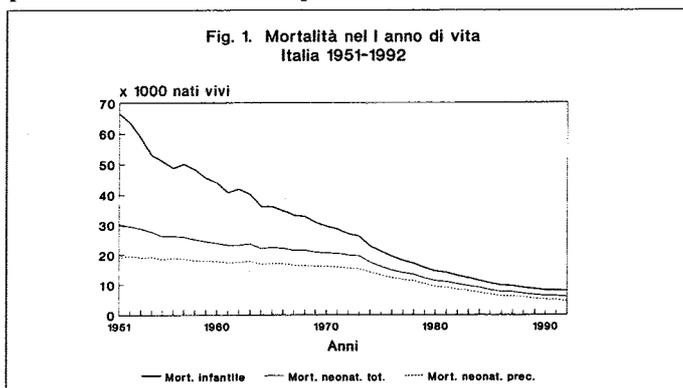
Tab. 3 - Natalità, fertilità per donna e mortalità infantile in alcuni stati dell'Europa occidentale e nei cinque continenti.

	Natalità per 1.000 nati vivi (1990/95)	Fertilità per donna (1990/95)	M.I. x 1.000 nati vivi (anno)
Austria	11.6	1.5	7.5 ('92)
Belgio	12.2	1.7	8.5 ('89)
Danimarca	12.5	1.7	6.5 ('92)
Finlandia	12.8	1.8	5.1 ('92)
Francia	13.5	1.8	7.3 ('91)
Germania	11.4	1.5	6.9 ('91)
Grecia	10.4	1.5	9.0 ('91)
Irlanda	14.4	2.1	7.6 ('91)
Italia	10.0	1.3	8.0 ('90)
Lussemburgo	12.3	1.6	7.2 ('92)
Olanda	13.7	1.7	-
Norvegia	14.8	2.0	6.4 ('91)
Portogallo	11.6	1.5	9.3 ('92)
Spagna	10.8	1.4	7.6 ('90)
Svezia	14.0	2.1	6.0 ('90)
Regno Unito	13.9	1.9	6.6 ('92)
Africa	43.0	6.0	95.3
America	21.9	2.7	36.2
Asia	26.3	3.2	62.0
Europa	12.7	1.7	10.1
Oceania	19.4	2.5	22.3

I dati relativi a natalità, fertilità e mortalità infantile nei continenti sono stime per gli anni 1990/95

Qualche confronto internazionale

Se è vero che notevoli differenze permangono fra le regioni italiane e che l'Italia è certamente una delle nazioni dell'Europa occidentale con i tassi di mortalità infantile più elevati, è vero anche che il valore regionale più alto osservato nel nostro Paese, nel 1992, è identico a quello stimato per l'Europa in toto nel quinquennio 1990-95 (fonte: 1993 World Health Statistics Annual. World Health Organization. Geneve, 1994). La tabella 3 illustra questo punto e dà anche rilievo al grande solco che divide i continenti più poveri del mondo da quelli più ricchi, ai quali ultimi il nostro Paese comunque appartiene. Le differenze di mortalità infantile sono enormi e sarebbero ancora maggiori se si confrontassero i singoli stati: mediamente, in Africa, un bambino su dieci non raggiunge il primo anno di vita, in Europa uno su cento.



Alti tassi di mortalità infantile si associano ad alte natalità e fertilità. In Africa ogni donna ha mediamente sei figli, in Europa 1,7. L'Italia, come è noto, detiene il primato mondiale della più bassa fertilità, con 1,3 figli per donna.

La mortalità infantile dal dopoguerra ad oggi

La figura 1 illustra la marcata diminuzione della mortalità infantile in Italia, dal dopoguerra a oggi. All'inizio degli anni Cinquanta poco meno di 70 bambini su 1000 morivano nel primo anno di vita, un numero più elevato di quanto si osserva in Asia al giorno d'oggi. Fino alla prima metà degli anni '70 la riduzione maggiore si è avuta per la mortalità postneonatale, successivamente per la mortalità neonatale. Sembra quasi che gli anni '70 abbiano fatto da spartiacque fra due epoche in cui le condizioni di salute dei bambini sono state influenzate da fattori in larga parte diversi: sociali e igienico-preventivi in un primo tempo, prevalentemente tecnologici in seguito.

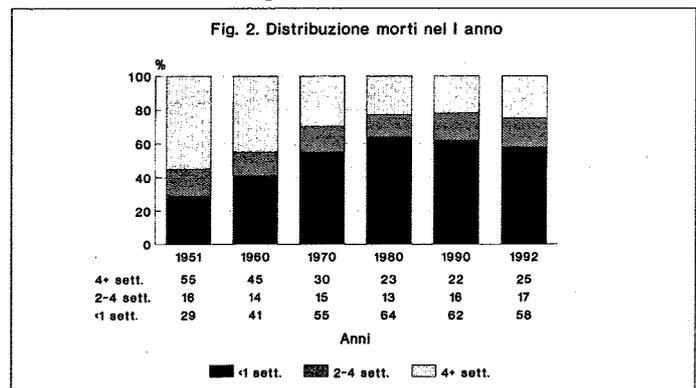
Le variazioni dei tassi di mortalità hanno anche provocato un cambiamento della distribuzione dei morti nel primo anno di vita in relazione all'età del decesso, come si può vedere dalla figura 2.

Dal 1951 al 1990, la quota dei bambini morti dopo il primo mese di vita si è progressivamente ridotta dal 55 al 22%; corrispondentemente, è aumentata la proporzione di morti neonatali, soprattutto nella prima settimana. Dall'inizio degli anni '90, tuttavia, la percentuale di morti nella prima settimana è di nuovo leggermente diminuita, mentre sono aumentate le quote relative al periodo fra la seconda e la quarta settimana e dopo il compimento del primo mese. Poiché i tassi di mortalità sono costantemente diminuiti, le modificazioni della distribuzione dei morti negli anni recenti sono attribuibili, con tutta probabilità, solo ad uno spostamento nel tempo, oltre il periodo neonatale, dei decessi di neonati critici.

In pratica, sempre più spesso alcuni neonati che una volta morivano nei primi giorni dopo la nascita ora sopravvivono ma molti di loro muoiono in seguito, nel corso del primo anno. Le cure neonatali intensive salvano la vita o prolungano la sofferenza?

Difficile rispondere a questa domanda senza cadere in ovvi e sterili schematismi.

Gli effetti sono comunque noti e consistono nell'aumento di alcuni tipi di patologie croniche, la cui gestione impone ai pediatri l'acquisizione di nuove competenze e professionalità, sia dentro che fuori l'ospedale.





APPELLO AI SOCI ACP PER MEDICO E BAMBINO

Dopo 13 anni di attività editoriale la rivista *Medico e Bambino* è di fronte a una stretta di concessione di pubblicità da parte dell'industria del farmaco. La *Farmindustria* ha bloccato infatti per sei mesi (si veda la delibera che pubblichiamo in questa pagina) la concessione di pubblicità a tutte le riviste mediche e quindi a *Medico e Bambino* che pure non ha mai avuto problemi nella raccolta della pubblicità. Perciò la rivista di maggiore diffusione più letta dai pediatri rischia di chiudere con la conseguente interruzione di un aggiornamento essenziale per tutta l'area della pediatria.

Attualmente gli abbonati sono circa tremilaseicento. L'obiettivo che consentirebbe di raggiungere una discreta sicurezza per quanto ci ha detto l'editore è l'abbonamento di tutti i soci ACP alle condizioni descritte nell'avviso.

In pratica l'editore ci ha chiesto di rinunciare all'invio gratuito di *Medico e Bambino* di cui i soci si sono avvalsi fin qui.

Nel prossimo numero di *Medico e Bambino* non comparirà ancora l'avviso per l'abbonamento a prezzo ridotto per i soci ACP. Voi comunque potete già cominciare a farlo perchè ho raggiunto personalmente un accordo in tal senso con il Sig. Gianni Palazzo della Edifarm in data 17/11/1994.

Anche i soci ACP per il 1995 se vogliono seguire a ricevere *Medico e Bambino* devono perciò abbonarsi alle condizioni loro riservate.

Ma io prego vivamente i gruppi ACP a volere effettuare per almeno una parte dei loro soci gli abbonamenti sostenitori.

Giancarlo Biasini

LA DELIBERA DELLA FARMINDUSTRIA

Portiamo a conoscenza dei soci ACP il contenuto di questa circolare interna della Farmindustria pervenuta nella redazione del nostro giornale.

1. Nel periodo 1.11.1994 - 30.4.1995 tutte le decisioni che seguono saranno poste in essere in relazione ai farmaci appartenenti alle classi A, B, C (Legge 531/93), esclusi i farmaci da banco.

2. Convegni e congressi: è esclusa qualsiasi partecipazione, sia come sponsor che con l'invio di delegazioni mediche estranee all'organico aziendale. L'impegno si riferisce anche alle filiali di multinazionali nei riguardi della casa madre e viceversa. Va da sé che per convegni si intendono tutte le riunioni di medici, indipendentemente da numero, specialità, luogo, ecc.

La Giunta ha disposto, inoltre, che per quanto concerne i convegni e congressi per i quali le aziende abbiano già sottoscritto impegni non rescindibili, le stesse aziende interessate dovranno darne comunicazione al Comitato di Presidenza per le relative valutazioni.

3. Campioni: eliminazione della campionatura di qualsiasi prodotto. Solo per le nuove registrazioni di specialità medicinali rimane consentita la possibilità di distribuire campioni per un

periodo massimo di sei mesi a partire dalla data del lancio del prodotto medesimo.

4. Gadget: eliminazione di gadget ed oggetti promozionali, sotto qualsiasi forma.

5. Pubblicità: eliminazione della pubblicità nelle riviste specializzate, incluse quelle di associazioni mediche, di farmacisti, ecc.

6. Viaggi: eliminazione di inviti a viaggi per riviste aziendali e/o culturali ai medici.

7. Fase IV: è confermata la conduzione di lavori di Fase IV, solo presso Ospedali e/o Università sulla base di protocolli analitici riportanti le finalità effettive, la metodologia e i costi relativi preventivamente autorizzati dal Ministero della Sanità e dalle UU.SS.LL. Dovranno anche essere richiesti controlli a campione che garantiscano la reale attuazione dei programmi autorizzati; resta invece confermato che non possono essere effettuate indagini epidemiologiche, consulenze dirette e indirette, ecc.

8. Corsi di aggiornamento: sono consentiti nel caso in cui non prevedano rimborsi di spese ai partecipanti relativamente a: trasferimento, vitto, alloggio e manifestazioni sociali e cene. Si esclude ovviamente il relatore.

COMPILARE, RITAGLIARE E SPEDIRE IN BUSTA, O VIA FAX A EDIFARM S.P.A. - V. LE SABOTINO, 19/2 - 20135 MILANO

Abbonamento a *Medico e Bambino*

- Abbonamento ordinario L. 40.000 Abbonamento sostenitore L. 80.000
 Abbonamento soci ACP L. 20.000

Cognome e Nome Data di nascita
Via n. civico
CAP Località Prov.

N. Carta di credito Scadenza

- Pago con addebito sulla mia carta di credito Visa Eurocard Mastercard CartaSi
 Allego fotocopia ricevuta di pagamento a mezzo c/c postale n. 22849202 intestato a Edifarm
 Allego assegno bancario intestato a Edifarm

Data



A.C.P. Associazione Culturale Pediatri

CORSO DI FORMAZIONE A METODICHE VALUTATIVE PER PEDIATRI OSPEDALIERI

Cesena 20-22 aprile 1995

Obiettivo del corso:

allenare i clinici a un sistema di comunicazione con la direzione strategica della Azienda ospedaliera basato su indicatori validi per la dirigenza aziendale e accettabili, perché riconosciuti appropriati, da chi opera in una unità di diagnosi e cura.

1° modulo: metodi quantitativi di valutazione di attività di una divisione ospedaliera (dr. T. Carradori, Cesena); Applicabilità dei DRG "generali" alle divisioni di Pediatria (dr.ssa P. Facchin, Padova).

2° modulo: valutazione e controllo dell'attività di una divisione. La terapia con farmaci: analisi di qualità. Possibili interventi di contenimento della spesa ospedaliera per farmaci (prof. N. Montanaro, Bologna).

3° modulo: valutazione e controllo dell'attività di una divisione. Le indagini cliniche: costi e capacità diagnostica (prof. F. Panizon, Trieste).

4° modulo: valutazione di qualità delle cure in un reparto di degenza con particolare riguardo all'appropriatezza delle decisioni (dr. U. Montaguti, dr.ssa D. Celin, Cesena).

5° modulo: i criteri di finanziamento possibili per le divisioni ospedaliere (dr. F. Rossi, Milano).

Il corso inizia alle ore 15 di Giovedì 20 aprile e termina alle 13 di Sabato 22.

Il livello del corso è elementare.

Ogni modulo si compone di una introduzione, a cura del docente indicato, seguita da una discussione e, per alcuni moduli, da lavoro di gruppo.

Segreteria: dr. R. Buzzetti (Bergamo), dr. G. Cerasoli (Cesena).

Segreteria organizzativa: F. Lanzoni - Cesena; tel. 0547-352130, fax 0547-304664.

Tassa di iscrizione Lit 150.000, da versare solo dopo l'accettazione al corso.

Domanda di iscrizione al corso

da spedire a Franco Lanzoni - Servizio Materno/Infantile A.USL Cesena, viale Ghirotti 286 - 47023 Cesena

Cognome.....
.....

Nome.....
.....

Indirizzo.....
.....

Anno di nascita.....

Ospedale.....

di.....

Primario

Aiuto

Assistente

Data

Firma

L'accettazione della domanda verrà notificata almeno 20 giorni prima dell'inizio del corso.

In quel momento verrà richiesto il versamento della tassa di iscrizione.

A. C. P. CAMPANIA

CONFRONTI

IL PEDIATRA L'OTORINO

STREPTOCOCCO BETA
EMOLITICO DI GRUPPO A:
ISTRUZIONI PER L'USO

Sabato 10 dicembre
Hotel Parker's - Napoli

PROGRAMMA

ore 9.00 Dubbi e certezze dal territorio
A. Esposito e T. Montini
(pediatri di base)

ore 9.30 Le risposte del pediatra
L. De Seta
(Ospedale S.S. Annunziata - NA)

Le risposte dell'otorino
V. Galli
(Cl. Otorino - Univ. di Napoli)

ore 10.30 Discussione
Moderatore: F. Tancredi
(Ospedale S.S. Annunziata - NA)

ore 11.30 Casi clinici
Scönlein-Henoch: Va sempre bene?
G. Roselli, F. Pannuti
(Ospedale San Paolo - NA)

Una scialoadenite un pò strana
Pedibas - Sorrento

Ematuria da "raffreddore"?
B. Scarpellino
(pediatra di base)



DECINE DI MIGLIAIA DI BAMBINI UCCISI O MUTILATI DALLE MINE ANTIUOMO

L'articolo

L'articolo

Vi sono più di 40 guerre in atto nel mondo. Per lo più si tratta di conflitti interni, che avvengono nei Paesi più poveri. Guerre non dichiarate, combattute con armi sofisticate e devastanti nel mezzo delle popolazioni civili, dove la gente vive e lavora.

Così, oltre il 90% delle vittime delle guerre di oggi sono dei civili: gente inerme e indifesa. A pagare il prezzo più alto sono i gruppi sociali più deboli; i bambini da soli rappresentano oltre il 30% delle vittime.

Le mine antiuomo sono strumenti di guerre fuori dai campi di battaglia

Le mine antiuomo sono state definite "un'arma di distruzione di massa ad azione lenta". A differenza dei proiettili e delle bombe, le mine antiuomo non hanno un bersaglio: giacciono silenti per molto tempo, finché il piede di un bambino che gioca, di un contadino al lavoro nei campi o di una madre in cerca di legna o di cibo non ne innescherà il meccanismo esplosivo.

Secondo l'ONU, più di 100 milioni di mine giacciono inesplose nei campi, nei sentieri o lungo le strade di un terzo dei Paesi in via di sviluppo. Oltre 300 vittime la settimana sono il terribile prezzo che l'umanità paga per questi ordigni micidiali. Molti feriti muoiono per dissanguamento o infezioni prima di poter raggiungere un ospedale. Chi si salva soffre di gravi mutilazioni.

A volte, hanno anche dei nomi gentili

Le chiamano in tanti modi: "mine-giocattolo" o "mine-farfalla", per i vecchi afgani sono i "pappagalli verdi". Decine di migliaia di bambini sono stati mutilati da esse. *Sembrano giocattoli: nessun adulto, tantomeno un combattente, le raccoglierebbe.* Le gettano dagli elicotteri: *destinate ai bambini. Perché un bambino cieco o senza mani mette in ginocchio il morale e l'economia di una famiglia, specialmente se del Terzo Mondo. Perché un morto lo si piange ma non costa, mentre un bambino invalido va accudito e sarà improduttivo per tutta la vita.*

La tecnologia della barbarie è arrivata a perfezionare questi ordigni: non scoppiano subito, sono necessarie ripetute pres-

sioni sulle ali della "farfalla", come quelle che si producono quando la si tiene in mano. Così il bambino potrà portarsela a casa, magari giocarci con gli amici e morirci con loro...

Le mine, le facciamo qua: IN ITALIA

Tre compagnie italiane produttrici di mine sono probabilmente le più attive esportatrici del mondo. Due fra loro, la B.P.D. e la Valsella, sono possedute per il 50% dalla più grossa compagnia privata italiana: la FIAT.

Diamo un nome ai fabbricanti di morte

La *Valsella Meccanotecnica SpA* di Brescia è uno di questi produttori. Così essa descrive se stessa: "La Valsella offre una linea completa di prodotti, dai modelli tradizionali a modelli nuovi, molto avanzati, dalle prestazioni straordinarie e tecnologicamente sofisticati".

La Valsella fornisce, inoltre, il sistema Istrice, un "dispensatore di mine" da montare su veicoli, che permette di lanciare fino a 1750 mine antiuomo al minuto o, a piacere, un sistema per il lancio dagli elicotteri, in grado di gettare 2.080 ordigni in 3-16 minuti.

Il "Wall Street Journal" del 27-2-1991 scrive: "Durante l'embargo, l'italiana Valsella ha venduto illegalmente armi

all'Iraq per un valore di 180 milioni di dollari, compresi 9 milioni di mine antiuomo e anticarro: la più grande vendita di mine di cui si sia mai venuti a conoscenza".

Il secondo produttore italiano è la *B.P.D. Difesa e Spazio SpA*, anche questa di Brescia e ...della FIAT. La casa è stata fondata nel 1977 con il nome di Misar. Allora, si autopubblicizzava così: "Misar significa mine". Il modello di punta della società, la mina antiuomo SB-33 è in plastica e può essere lanciata dagli elicotteri.

In un rapporto del Servizio Informazioni Militari degli Stati Uniti sulle mine rinvenute in Iraq durante la Guerra del Golfo, si dichiara che "... come molte mine antiuomo di fabbricazione italiana, la serie SB-33 è molto resistente a tutti i tentativi di disinnescarla ... ed è disponibile anche in una versione che sfugge persino al riconoscimento con i raggi infrarossi" (*USAIA, Operation Desert Shield Special Report, p. 53*).

A completare il tragico, maledetto trio di casa nostra è la *Tecnovar Italiana Srl* di Modugno, in provincia di Bari. Questa fabbrica ha avuto ovunque un grande successo per la sua produzione specializzata di mine di plastica, in grado di sfuggire ai metal-detectors. Ciò ha consentito ingenti esportazioni nel Nord Africa e nel Medio

LE MINE IN CIFRE

Mine anti-uomo inesplose	100.000.000
Persone mutilate o uccise ogni anno	15.000
Costo medio di una mina (Lit.)	15.000
Costo medio per disattivarla (Lit.)	1.000.000
Mine prodotte ogni anno	10.000.000
Paesi con mine anti-uomo	62

Maggiori produttori

Cina, Italia, ex Unione Sovietica

Paesi più colpiti

Cambogia, Afganistan, Angola, Mozambico, ex Jugoslavia, Sudan, Somalia, El Salvador, Kurdistan, Kuwait.

Oriente.

Anche la Tecnovar fornisce sistemi per spargiare mine sul territorio buttandole dagli elicotteri: il DAT-System consente di lanciarne 1.536 in un minuto mentre l'elicottero sorvola l'area bersaglio a 200 Km/h.

Il Governo italiano metta al bando le mine antiuomo

Dal 1992, numerose organizzazioni umanitarie di vari Paesi hanno lanciato un appello internazionale per la messa al bando della produzione, stoccaggio, commercio e utilizzo delle mine antiuomo, in quanto queste rappresentano una violazione del Diritto Internazionale Umanitario, per la loro natura indiscriminata e per gli effetti devastanti sulle popolazioni civili.

Stati Uniti, Francia, Olanda, Belgio, Sud Africa hanno già approvato leggi di moratoria sulla vendita e l'esportazione di mine antiuomo.

L'Italia ancora no! C'è chi vuole che anche L'Italia lo faccia.

Emergency

Insieme con altre organizzazioni umanitarie, EMERGENCY fa parte del comitato Promotore della Campagna Italiana contro le mine. Due sono gli obiettivi immediati della campagna:

ottenere che il Governo italiano approvi una legge moratoria sulla vendita e l'esportazione delle mine antiuomo e dei loro componenti e che contribuisca alla messa al bando internazionale di tali armi; raccogliere fondi per finanziare progetti umanitari di assistenza e riabilitazione delle vittime. Il progetto di Emergency, sponsorizzato dalla Campagna Italiana contro le mine e previsto per la durata di due anni, avrà luogo in uno dei Paesi dove il problema è più drammatico: Afganistan, Kurdistan.

Emergency fa appello alla generosità di tutti per sostenere un progetto di assistenza d'emergenza e di riabilitazione delle vittime delle mine antiuomo.

Tu, "nel tuo piccolo" che cosa puoi fare?

Aderisci alla Campagna: sensibilizza amici, colleghi, le organizzazioni di cui fai parte, i mezzi di informazione

Sostieni finanziariamente il progetto di EMERGENCY: basta poco per fare a qualcuno speranza in una vita dignitosa.

Il materiale che è servito per la stesura di questo articolo è stato desunto da pubblicazioni di EMERGENCY.



COME DIVENTARE MEMBRO DI EMERGENCY?

Per diventare membro dell'organizzazione è sufficiente condividere i principi e le finalità, e sostenerne finanziariamente le iniziative secondo le proprie possibilità.

In Italia, si può richiedere la tessera inviando questo tagliando al seguente indirizzo:

EMERGENCY - Italia
Via Bronzetti 9, 20129 Milano.

Si possono inviare contributi utilizzando il conto corrente bancario
15423 F della Banca Antoniana,
via S. Maria Segreta 5, Milano,

oppure il conto corrente postale
n. 28426203 intestato a EMERGENCY.

Indicare con chiarezza nome, indirizzo e numero di telefono: ciò permetterà a **EMERGENCY** di informarvi regolarmente sulle attività della organizzazione

- Desidero diventare membro di **EMERGENCY** e ricevere la tessera dell'organizzazione all'indirizzo indicato
- Desidero collaborare alle attività dell'organizzazione mettendo a disposizione un po' del mio tempo o della mia professionalità
- Ho versato Lit. _____ come quota associativa utilizzando il
- c/c bancario 15423 F della Banca Antoniana, via S. Maria Segreta 5, Milano
- c/c postale n. 28426203 intestato a **EMERGENCY** Italia, Via Bronzetti 9, Milano

Cognome _____

Nome _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Professione _____



BREVE STORIA DELL'ACP VISTA CON L'OCCHIO PARZIALE DI UN ACCIPPINO UNIVERSITARIO

di Fabio Sereni

Giancarlo Biasini mi ha chiesto di scrivere una breve nota sulla storia dei rapporti tra ACP e Università. Ciò è quasi impossibile, per svariate ragioni.

La prima, e più importante, è che non vi è mai stato, né potrebbe esserci, un vero e proprio "tavolo" di confronto fra ACP e pediatri universitari, nel quale si discutessero i problemi della Pediatria italiana. La componente universitaria ha giocato per parecchio tempo un ruolo di assoluta prevalenza nel governo della pediatria, rappresentata istituzionalmente dalla SIP(*). Il confronto, più o meno dichiarato, è sempre stato quindi tra ACP e SIP.

La seconda ragione è che l'ACP si è poco o nulla interessata ai problemi dell'insegnamento a livello universitario. Ha dedicato ogni sua energia (e io credo con ottimo profitto) all'aggiornamento professionale dei pediatri di famiglia e anche di quelli ospedalieri, ma alla formazione universitaria "pre e post laurea" ha dedicato, io dico giustamente, poco attenzione.

Infine, non sono affatto sicuro che la memoria, per fatti vicini e lontani, mi sorregga, in modo tale da potere riferire in modo obiettivo e completo.

E' vero che il ristretto gruppo fondatore dell'ACP, nato da "Prospettive in Pediatria", era composto in gran parte da quarantenni in carriera universitaria (quasi tutti "aiuti" a eccezione di Roberto Burgio), ma è anche vero che di quel gruppo facevano parte personalità del calibro di Gennaro Sansone, Paolo Durand, Calogero Vullo e Gianni Mastella che universitari di carriera non erano, né lo sarebbero diventati malgrado i loro meriti scientifici.

Allora l'unico modo per me di stendere questa nota è di dire, per quanto possa interessare, come Fabio Sereni, universitario, ha vissuto la propria esperienza di accipino.

Una prima osservazione mi sembra debba

essere fatta. All'ACP può essere rimproverato tutto ma non di aver voluto essere un "centro di potere", nel senso vero di questo termine (nel senso cioè di perseguire, per i suoi associati, vantaggi di carriera o altro). Malgrado sappia benissimo che non tutti, per pregiudizio, saranno d'accordo con questa affermazione, ne deriva una conseguenza: che i membri universitari dell'Associazione non hanno mai fatto gruppo per perseguire reciproci vantaggi nel mondo accademico. Questa è una affermazione in negativo e come tale ha un valore molto relativo. Non ci si può certo vantare di non aver assunto un atteggiamento mafioso, anche perché per esercitare un potere mafioso bisogna essere abbastanza forti, anche numericamente, e il gruppo di amici universitari dell'ACP non lo è mai stato. La riprova si è avuta al Congresso della Società Italiana di Pediatria di Palermo che, se non sbaglio, si è tenuto nel 1979.



Era ancora l'epoca in cui non veniva messa in discussione la leadership universitaria della SIP. E le elezioni dei membri degli organi direttivi della SIP erano in pratica decise dagli universitari che "contavano". L'ACP aveva allora l'ambizione

di incidere fortemente sulla politica della Società Italiana di Pediatria: aveva contribuito in maniera decisiva sulla riforma dello statuto, aveva candidato Roberto Burgio alla presidenza della Società per il triennio precedente. Orbene, l'ACP candidò alla presidenza Paolo Nicola, un galantuomo. E Paolo Nicola perse, obiettivamente perché la maggioranza degli universitari che "contavano" preferirono, magari anche legittimamente, riprendere la vecchia strada e non proseguire sulla via del rinnovamento.

L'ACP è nata "aristocratica". E' stata infatti fondata da un piccolo gruppo di "giovani promesse", che nel 1970 avevano deciso di dar vita a "Prospettive in Pediatria" e che dopo qualche anno si erano costituiti in associazione, inizialmente solo per poter gestire la Rivista Italiana di Pediatria, che voleva essere la prima pubblicazione pediatrica italiana di contributi originali con editorial review e, quindi, rigida selezione qualitativa.

Compiuta la "missione culturale", la SIP, a dimostrazione che il gruppo ristretto di soci fondatori dell'ACP desiderava una Associazione al servizio della SIP, o che almeno lavorasse per la SIP.

La sconfitta di Palermo ha avuto un'importanza fondamentale nel determinare la politica culturale dell'ACP negli anni successivi.

Non voglio con questo, ovviamente, dire che, tornato dall'Isola, il Comitato Direttivo dell'ACP abbia, dalla sera alla mattina, deciso di rompere con la pediatria ufficiale che, ripeto, è sempre stata un tutt'uno: Sip-potere universitario.

In effetti, dopo Palermo l'ACP ha ancora cercato, per qualche anno, di influenzare la politica della SIP, candidando anche suoi rappresentanti alle elezioni congressuali, ma ormai con poca convinzione, e trovando sempre l'establishment ben preparato a respingere l'assalto di quelle "teste calde" dell'ACP.



Si è andati, quindi, passando velocemente da una collaborazione a un distacco. Questo distacco è stato vissuto in modo diverso da molti universitari. Alcuni si dimisero dall'ACP. Ricordo bene quando Armido Rubini prese questa decisione, perché per me fu particolarmente dolorosa. Altri, mi sembra poter dire "i più", non furono più disposti a "lottare" dentro alla SIP per portare avanti quelle idee che ci avevano tenuto uniti, pur continuando a collaborare alle iniziative culturali dell'ACP. Franco Panizon divenne il leader carismatico e indiscusso dell'ACP.

Oggi, gli iscritti all'ACP sono enormemente aumentati, l'ACP è diventata molto più "democratica", malgrado la "illuminata dittatura" di Panizon, si è regionalizzata, i pediatri di base sempre più hanno contato nel reclamare una impostazione culturale adeguata anche alle esigenze del pediatra di famiglia e di quello ospedaliero non altamente specializzato. Sono nati i corsi di Catanzaro, è stato fondato "Medico e Bambino", gli antichi legami tra ACP e "Prospettive in Pediatria" si sono attenuati.

Ovviamente, questa descrizione della divisione che si è andata creando tra SIP e mondo accademico da un lato e ACP dall'altro pecca di semplificazione e di ottimismo. Non è che l'ACP fosse la rappresentante "esclusiva" dell'anima popolare e professionale della pediatria italiana, mentre la SIP lo fosse di quella accademica, dell'alta specialità e della ricerca di base. Non è che in Italia si sia mai creata una situazione analoga a quella degli Stati Uniti dove da un lato vi è la Society for Pediatric Research e l'American Pediatric Society, fortemente caratterizzata dall'impegno culturale accademico, e dall'altro l'Academy of Pediatrics, soprattutto espressione degli interessi culturali e professionali dei pediatri libero professionisti. Ufficialmente, la SIP ha sempre rappresentato "tutti" i pediatri, e nell'ACP l'impegno culturale di alcuni valorosi colleghi universitari è sempre stato forte (di vecchi e meno vecchio, come Bartolozzi, Auricchio, Orzalesi, Masera, per non citarne che alcuni).

Ma credo sia indubitabile che la maggioranza dei pediatri universitari non ha partecipato alla creazione e affermazione

della nuova ACP regionalizzata e che, dall'altro lato, i 1800 pediatri dell'ACP sempre più si sono distaccati dalla pediatria ufficiale rappresentata dal mondo accademico e dalla dirigenza della SIP.

Il sottoscritto, che pure è stato tra i fondatori e primo presidente dell'ACP, si è trovato per lunghi anni in una situazione ambigua. Ha disapprovato e sofferto per il distacco tra ACP e pediatria ufficiale, si è sempre compiaciuto per i successi culturali dell'ACP (anche perché erano successi di amici) ma si è sempre in cuor suo rammaricato che l'enorme potenziale culturale e umano che l'ACP esprimeva ed esprime non sia stato usato per "trainare" l'intera pediatria italiana e per indurre la SIP a correzioni significative nella sua politica.

Ma oggi, io credo, si deve registrare una svolta, anche se per ora solo nella "forma".

Credo che onestamente si debba dire che il primo passo per una riunificazione tra pediatria ufficiale (SIP) e ACP sia stato compiuto da Armido Rubino quando al congresso di Genova ha in ogni modo favorito il mio ingresso (cioè, l'ingresso del primo presidente dell'ACP) nel Comitato Direttivo della SIP. Il secondo importante passo è stato l'approvazione a Verona del nuovo statuto della SIP che, tra l'altro, assicura un posto permanente a un rappresentante dell'ACP nel Comitato

Direttivo della SIP.

A questi importanti passi "formali" devo con rammarico constatare che non è seguita una risposta adeguata da parte della maggioranza dei soci ACP. Malgrado gli sforzi del presidente Biasini, solo una piccola percentuale dei soci ACP ha partecipato a Roma al congresso della SIP.

Il risultato è che come ACP abbiamo perso un'occasione per portare le nostre idee, con forza, all'interno degli organi direttivi della SIP e per creare quindi le premesse per una vera riunificazione culturale. E mi brucia ancora il fatto che Paolo Durand non sia stato eletto presidente: per pochi voti.

Ma le premesse, almeno formali, perché l'ACP torni a giocare un ruolo nella pediatria "ufficiale" ci sono. Vogliamo finalmente cogliere quest'ultima opportunità?

Fabio Sereni

(* Oggi, con l'approvazione del nuovo statuto della SIP (Verona, 1993), questo ruolo è stato senz'altro ridimensionato.



ISTANTANEE AL 50° CONGRESSO DELLA S.I.P.

I segreti delle bambine

Hermine von Hug Hellmuth (1871/1924)

La curatrice del "Diario di una giovanetta" che tanto plauso ebbe da Freud, raccoglie, a latere della sua professione di terapeuta psicoanalitica di bambini, lettere infantili che pubblica sotto nomi fittizi in un suo articolo sulla rivista psicoanalitica "Imago" dove

Voci di bambini

brani di queste teorie infantili appaiono con chiarezza. (...)

L'autrice sottolinea e commenta le curiosità sessuali, i tentativi di spiegazione dei fatti connessi alla riproduzione, i vissuti, le idee morali, cercando di definire un ritratto dello psichismo infantile in quello che Freud chiama il periodo della latenza.

Rosa ha nove anni e scrive alla sua compagna di classe:

«Cara Berger, mia sorella più grande le ha avute (le regole). Mayer dice che lei le ha già. Ma non è vero per niente, dice una bugia. Vieni con me oggi alle undici, le diremo che dice una bugia. Ci ha fatto una carognata e non può più essere nostra amica. Aspetto la tua risposta.

Rosa»

Ecco la risposta:

«Cara Schauer, la maestra guarda da questa parte e non posso scrivere. E' da tanto tempo che ti dico che non ci si può fidare della Mayer. Che cosa ti ha detto tua sorella? Non vorrei mai averle. E neanche tu, credo. (...)

Ecco lo scambio di lettere di due bimbe di terza elementare:

«Cara Nerber, la Blau dice che la maestra ha le r.. (sai quello che voglio dire). Fra poco quindi avrà un bambino. La tua amica fedele». La risposta è la seguente:

«Cara Mizi! Queste cose le so da molto tempo perché me le ha dette mia cugina. Ma per avere un bambino bisogna dormire tutta la notte a letto con un uomo. Strappa questa lettera.

La tua Eva che ti ama di tutto cuore».

"Bambini nella storia" è il titolo di un bel libro di Egle Becchi pubblicato da Laterza qualche mese fa.

Il libro può essere letto in tanti modi ma può essere considerato una straordinaria antologia di voci di bambini nella storia. E' in questa chiave che proponiamo ai lettori di Quaderni ACP qualche passo che consideriamo uno stimolo per una piacevole lettura.

Storia di Zac figlio felice di un single

Il padre gay lo adottò in Texas

Brett lo sa. Un giorno o l'altro Zac lo metterà in difficoltà. Come quando gli chiederà:

"Cosa significa essere omosessuale?"

Quel giorno Brett Shapiro, 39 anni, americano, scrittore e gay padre adottivo di Zachary, sei anni, bimbo messicano abbandonato in Texas, dovrà trovare la risposta giusta. "Sì, quando Zac capirà la diversità della nostra famiglia forse ci saranno delle

Voci di genitori

difficoltà, ma per ora Zac è felice, perché dovrei turbarlo?"

Brett e Giovanni Forti si erano sposati a New York nel 1991 con matrimonio di rito ebraico, e in un certo senso, era stato proprio Zac a farli incontrare. Giovanni Forti aveva risposto a un singolare annuncio personale di Shapiro che chiedeva: "Sai cambiare un pannolino?" E dopo poco Giovanni, Brett e Zac diventano una famiglia: Papà più papà più Zac. "Ho adottato Zac quando ancora non conoscevo Giovanni. Mi sono rivolto ad un'agenzia del Texas che non aveva problemi verso i single, e dopo poco mi hanno chiamato dicendomi che c'era un neonato per me, messicano ma di nazionalità americana. Mi ricordo l'emozione, la felicità, la corsa verso l'aeroporto a prendere questo bimbo, mio figlio che aveva soltanto tre giorni". Quando Giovanni Forti è morto, affidando la sua agonia ad alcune bellissime pagine pubblicate dall'Espresso, Brett ha deciso di rimanere a vivere in Italia.

"Sembra strano no? Da un punto di vista formale, qui le coppie gay sono ancora una rarità e l'adozione per un single omosessuale è una specie di follia. Invece devo dire che in Italia ho trovato tutto ciò che a New York non avevo più. Zac sta bene, non ha mai subito discriminazioni, né da parte dei compagni, né dagli amichetti, anzi le maestre sono state molto attente con lui. E poi qui c'è la famiglia di Giovanni, la madre, Silvia, che per Zac è una nonna a tutti gli effetti, le sorelle di Giovanni, l'altro figlio di Giovanni, Stefano. Insomma Zac qui mi sembra protetto da una cortina di affetto". Adesso Shapiro sta preparando un libro, un saggio dedicato alle famiglie irregolari. Ma come ogni genitore single che si rispetti, Brett deve spaccarsi in mille ruoli. "No, Zac non mi ha ancora chiesto nulla della mia omosessualità. E non mi ha mai nemmeno domandato perché non ho una moglie. Lui è molto legato a Giovanni, e sa che ci sono coppie di uomini e donne, ma anche coppie di uomini che si amano e che vivono insieme. A volte vuole invece sapere perché non ha una mamma e io ho cercato di spiegarli che lui una mamma ce l'ha ma che noi non sappiamo dov'è. Sento però che dentro di lui c'è un vuoto e sento con chiarezza che io questo vuoto non glielo potrò colmare. Certo dice Brett, il meglio per un bambino è una famiglia con un padre e una madre. Ma Zac era in un istituto e non c'erano coppie disposte a prendersi un bimbo di una razza diversa. Con lui quando vorrà sapere la verità sarò sincero. Spero che l'amore che ci lega sia sufficiente a farlo sentire sicuro anche nella non normalità della sua famiglia.

Questo articolo di Maria Novella De Luca è comparso qualche tempo fa su Repubblica. Nell'Italia che dibatte di adozione ai single la storia di Brett Shapiro e del figlio adottivo Zac, con le sue ombre e le sue luci, assume il sapore di una testimonianza. Brett è arrivato in Italia tre anni fa insieme al suo compagno il giornalista dell'Espresso Giovanni Forti morto di AIDS nell'aprile del 1992.

I PIU' RECENTI INDICI DI ATTIVITA' DELLE DIVISIONI PEDIATRICHE OSPEDALIERE

di Lodovico Perletti

Dobbiamo alla cortesia del professor Lodovico Perletti, Primario pediatra dell'ospedale di Melegnano, la possibilità di pubblicare queste tabelle, da lui e i suoi collaboratori elaborate, circa gli indici di attività più recenti delle Divisioni di Pediatria e i ricoveri dei bambini in Italia.

Anche il commento delle singole tabelle è dello stesso Perletti.

I dati fanno parte di una relazione presentata al congresso nazionale della SIP, tenuto a Roma nel settembre scorso.

NUMERO DELLE DIVISIONI OSPEDALIERE DI PEDIATRIA NEGLI ANNI 1971/81/88/92

Tab. 1

ANNO	'71	'81	'88	'92
Divisioni di Pediatria	637	685	619	583

Il numero complessivo delle divisioni pediatriche nel decennio 1971-1981 ha subito un incremento pari al 10% circa, incremento determinato essenzialmente dall'apertura di nuovi presidi nel Centro-Sud e nelle Isole.

Dal 1981 al 1988 si è verificato un ridimensionamento numerico (-9,7%), principalmente al Nord e in alcune regioni del Centro. Negli ultimi 4 anni, il numero dei reparti pediatrici si è ulteriormente ridotto, da 619 a 583 (-6%).

INDICATORI DI ATTIVITA' DELLE DIVISIONI PEDIATRICHE NEGLI ANNI 1987/1992

Tab. 3

ANNO	Reparti o sezioni	Posti letto		Giornate di degenza	D.M.	Tasso di occupazione posti letto	Ricoveri		Indice di turnover	Indice di rotazione
		Numero	% bambini				Numero	Tasso di ricovero % bambini		
1987	630	20.538	1.95	2.800.188	5.2	37.4	540.055	51.2	8.7	26.3
1992	583	13.846	1.56	2.557.654	5.0	50.6	507.018	57.3	4.9	36.6

Popolazione 0-14 anni 10.541.376 (1987)

Popolazione 0-14 anni 8.844.943 (1992)

Popolazione 15-17 anni 2.310.603 (1992)

Il numero dei posti letto, per la sola Pediatria, ammontava nel 1992 a 13.846 unità (3,5% del totale). Gli ospedali pubblici rappresentano ben il 91% del totale dei posti letto, gli istituti scientifici il 3,7% e le case di cura soltanto il 2,1%.

Rispetto al 1987, si dimostra una diminuzione di 6.692 posti letto, pari al 33%. Questa riduzione è in parte spiegabile con la riconversione dei posti letto avvenuta nel periodo 1987-1992 (vedi anche tab.1). E' soprattutto dovuta alla necessità da parte delle amministrazioni ospedaliere di assicurare indici di occupazione pari almeno al 75%, così come imposto dalla Legge nazionale 412/1991. Questo ha portato le USL a segnalare solo i posti letto effettivamente attivati allo scopo di rendere più accettabili di indicatori di area pediatrica e, soprattutto, migliorare il tasso di occupazione dei posti letto.

La degenza media è rimasta praticamente stazionaria negli ultimi 5 anni.

Il numero di ricoveri per la sola Pediatria è passato da 540.055 a 507.018, con una diminuzione del 6%.

Il tasso di ospedalizzazione è, al contrario, aumentato (sempre per la sola Pediatria) dal 51,2% al 57,3%, con un incremento del 12% circa.

L'indice di turn-over (tempo medio tra la dimissione di un degente e il ricovero del successivo, cioè per quanti giorni un letto resta vuoto) e l'indice di rotazione (quanti ricoveri sopporta un letto in un anno) erano notevolmente influenzati (nei dati del 1987) dall'artificioso numero di posti letto dichiarato dalle USL.

La contrazione del 33% avvenuta negli ultimi anni e, in misura minore, l'aumento del tasso di ospedalizzazione hanno notevolmente migliorato questi due indicatori.

DISTRIBUZIONE DELLE DIVISIONI PEDIATRICHE PER FASCE DI RICOVERO NEGLI ANNI 1971/81/88/92

Tab. 2

Lo studio della quantità dei ricoveri fa rilevare che nel 1992 il 16,6% delle Divisioni effettuava un numero di ricoveri annuo inferiore a 300. Se ad essi si aggiungono i reparti con un numero di ricoveri fra 300 e 499 (13,7%), si conclude che il 30% dei reparti svolge un'attività di ricovero molto limitata (meno di 500 all'anno). Il numero maggiore di presidi (34,6%) si colloca nella fascia 500-999 ricoveri/anno. Solo il 34,6% dei reparti effettua più di 1000 ricoveri all'anno, con un aumento del 16% negli ultimi quattro anni.

Fasce di ricovero	0-299				300-499				500-999				≥ 1.000			
	'71	'81	'88	'92	'71	'81	'88	'92	'71	'81	'88	'92	'71	'81	'88	'92
Numero reparti	267	173	117	97	70	110	86	80	137	220	231	203	163	192	185	203
%	41.9	24.8	18.9	16.6	10.9	15.8	13.8	13.7	21.5	31.6	37.3	34.8	25.5	27.6	29.8	34.8

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E PERCENTUALE DEI BAMBINO RICOVERATI NEL 1991

Tab. 4

ITALIA

Popolazione 0-14 anni	9.201.534	
Ricoveri 0-14 anni/1.000 bambini	1.159.045	
Ricoveri in area pediatrica	650.864	(56)%
Ricoveri non in area pediatrica	508.181	(44)%
Tasso di ospedalizzazione	126‰	

NORD

Tasso di ospedalizzazione	162‰
---------------------------	------

CENTRO

Tasso di ospedalizzazione	97‰
---------------------------	-----

SUD E ISOLE

Tasso di ospedalizzazione	107‰
---------------------------	------

Il numero totale dei ricoveri 0-14 anni in tutte le Divisioni è pari a 1.159.045 (la tabella 3 si riferisce ai soli ricoveri nei reparti pediatrici). Nel 1991, perciò, il tasso di ospedalizzazione

risulta uguale a 126‰ (162‰ al Nord, 97‰ al Centro e 107‰ al Sud e nelle Isole). Il tasso di ospedalizzazione nel 1990 era pari al 111,5‰.

Anche in Italia, come in altri Paesi (Inghilterra e Usa), i tassi di ospedalizzazione sono molto aumentati in quest'ultimo decennio.

Questi alti tassi possono essere interpretati come il risultato della tendenza ad effettuare degenze molto brevi, che richiedono controlli ravvicinati nel tempo in regime di ricovero.

Nei casi in cui le regioni hanno effettuato specifici controlli, è risultato inoltre che una quota rilevante di day-hospital - circa il 20% - viene segnalata con il modello HSP 22, che è riservato ai ricoveri ordinari.

Tutti questi fattori determinano un cospicuo aumento dei tassi di ospedalizzazione.

Notevoli le differenze regionali; infatti, il tasso di ospedalizzazione complessivo 0-14 anni nel Centro risultava pari al 97‰, al Sud-Isole al 107‰.

E' però possibile che tutto questo derivi da incompleta trasmissione dei dati relativi ai ricoveri.

E' uscito il numero di luglio 1994 de "The Kangaroo - Bibliographic Archives for Maternal and Child Health".

A questa edizione in lingua inglese si è aggiunta, da qualche mese la versione in portoghese edita in Brasile con il supporto dell'UNICEF, della Società Brasiliana di Pediatria e dell' Istituto Materno Infantile di Pernambuco. La tiratura è di 13.000 copie e la rivista è inviata a gran parte dei pediatri brasiliani e ad altri operatori del settore materno infantile. Il 29 novembre, inoltre, sarà presentata a La Paz (Bolivia) l'edizione spagnola supportata anch'essa dall'UNICEF e dal Progetto Juanita & Giovanino, editore tra l'altro di una rivista di epidemiologia comunitaria.

Il "Progetto Canguro" sta quindi crescendo e questo garzie anche al sostegno dei pediatri italiani e degli aderenti all'ACP in particolare. Sono quasi 200 i colleghi italiani "sostenitori" della nostra rivista e parecchi hanno anche aderito alla campagna "Adotta The Kangaroo per il sud del mondo". Ricordiamo ancora che chi volesse adottare un abbonamento da inviare ad un operatore sanitario di un paese del terzo mondo, può versare £. 40.000 (che è il prezzo anche di un normale abbonamento annuale) sul conto corrente postale 11301348 intestandolo all'Associazione Salute e Sviluppo, via dell'Istria 65/, 34137 Trieste, specificando nella causale "adozione culturale"

The Kangaroo

Bibliographic Archives for Maternal and Child Health

- Archives: Female genital mutilation • Intrauterine device, and PID •
- F. A and loss in pregnancy • Health care and maternal mortality •
- Symptoms in pregnancy •
- Growth measurements • New staple for Kcarirot •
- Diarrhoea and community participation • Acute diarrhoea •
- Infants with fever •
- Polio vaccine mix • Thermal control •
- Focus: Women, HIV and AIDS •
- Viewpoint: Improving care for children and babies •



ACP CORSO DI FORMAZIONE SULLA PEDIATRIA DI COMUNITA'

15-16-17 dicembre 1994
Soverato (CZ) - Sala Consiliare
Direttore del Corso:
prof. Giancarlo Biasini

PROGRAMMA

I BISOGNI

Giovedì 15 dicembre 1994
(h. 14.30 - 18.30)

- LA PEDIATRIA DI COMUNITA':
REALTÀ E ASPETTATIVE
Il dibattito, oggi, in Italia (G. Biasini)

- I "NUOVI" BISOGNI E I SERVIZI
Ciò che serve ai bambini del Sud (N.
D'Andrea)
Attuali possibilità/capacità dei Servizi.
Il caso concreto: risultati di un'indagine
sulla Medicina Scolastica in Calabria
(E. Sposato)

- LEGISLAZIONE VIGENTE E PRO-
POSTE PRATICABILI
La Medicina Scolastica non più sola ma
parte integrante della Pediatria di Comu-
nità solo auspicabile o anche possibile?
(L. Contarini)

- DISCUSSIONE E PROPOSTE
(G. Biasini).

L'ASSISTENZA

Venerdì 16 (h. 9.00 - 13.00)

- REALTÀ A CONFRONTO
La settimana-tipo di due operatori della
Medicina Scolastica (Emilia Romagna e
Calabria)

- DISCUSSIONE (N. D'Andrea)

- GLI SCREENING E I BILANCI DI
SALUTE
Quali? Da chi? Soprattutto, servono senza



(auto)valutazione? (M. Pierattelli)

- ...E L'EDUCAZIONE SANITARIA?
L'esperienza fra gli adolescenti del Cen-
tro di E. S. di Lamezia Terme (G. Perri)

- DISCUSSIONE (G. Biasini)

LA COMUNITÀ

Venerdì 16 (h. 14.30 - 18.00)

- EDUCAZIONE SANITARIA E PRE-
VENZIONE
La prevenzione delle infezioni nella
comunità (L. Contarini)

- EDUCAZIONE SANITARIA E ASSI-
STENZA
Le malattie croniche nella comunità: la
scuola, un nodo cruciale (F. Ciotti)

- DISCUSSIONE (G. Biasini)

LE PROPOSTE

Sabato 17 (h. 9.00 - 12.00)

- CRONICITÀ E HANDICAP: I
MODELLI PER I QUALI E' MASSIMO
IL BISOGNO DI INTEGRAZIONE TRA
MEDICINA E COMUNITÀ
Quanto e cosa è migliorabile? Quanto
disagio è evitabile? (F. Ciotti, C. Anoja,
R. Alcaro, S. Miniaci, A. Fazzari)

-PROPOSTA DI RICERCA
SULL'HANDICAP:
ACP, Istituto M. Negri Sud
Per la "individuazione di quanto disagio
sia evitabile con quanto già si fa o,
comunque, è già possibile fare"

FORMAZIONE IN PEDIATRIA D'EMERGENZA

"BAMBINI NELLE CATASTROFI"

A.C.P.M. A.V.S.I.
Milano - 20/21 maggio 1995

L'Associazione Culturale Pediatri Milano e provincia organizza insieme all'Associazione Volontari per il Servizio Internazionale un primo corso di Formazione di Pediatria d'Emergenza di cui pubblichiamo il programma preliminare. Siamo sempre più frequentemente spettatori di conflitti armati e catastrofi naturali in cui i bambini, vittime dirette e indirette, sono certamente la parte più colpita della popolazione. Il corso si pone come contributo allo sviluppo di una professionalità funzionale ad interventi in Italia e all'estero in situazioni di emergenza.

CONTENUTI DEL CORSO:

Aspetti medico-clinici
(problemi alimentari, traumatismi, problemi igienico ambientali)

Aspetti psicosociali
(le conseguenze del trauma sul benessere psicosociale del bambino, apprezzio relazionale al bambino traumatizzato)

Aspetti organizzativi
(fare il meglio con il minimo di risorse; epidemiologia nelle situazioni di emergenza)

Docenti:
medici pediatri, neuropsichiatri con esperienze dirette in situazioni di catastrofi e di crisi, italiani e stranieri

Destinatari del corso:
Pediatri ospedalieri, di base e di comunità, neuropsichiatri, operatori Organizzazioni Non Governative.

per informazioni, rivolgersi a:
Dott. M.P. Battilana, tel. 0331/576316
Dott. M. Floris, tel. 02/33107661

Ausili Didattici ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

Supplemento al n° 3/1994 di Quaderni ACP



- **all'interno:**
il Programma di Formazione Continua ACP
il video:
Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali
Il saper fare:
Lo Stereotest di Lang - Lo Scoliometro di Bunnell
le istruzioni per le famiglie:
La Stipsi - Ingestione di sostanze velenose
- e ancora per la "ricerca in progress":
i protocolli preliminari di "Si può fare con meno"

n° 3

novembre 1994

Supplemento al n° 3/1994 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, Sergio Conti Nibali, 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

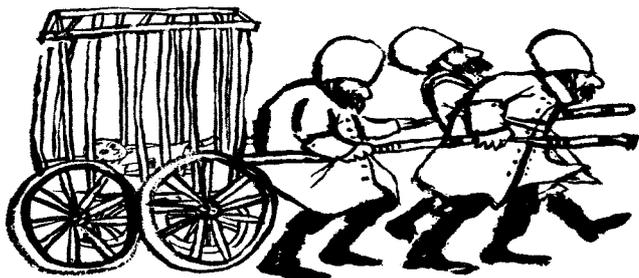
Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c.

via Maqueda, 110 Palermo

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

SOMMARIO

- 31 Il Programma di Formazione continua ACP
"Istruzioni per l'uso"
- 32 Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali
parte 1ª, una lezione di Sandro Ventura: *"Il video del mese"*
- 33 Ingestione di sostanze velenose - Bambini affetti da Stipsi
"Le informazioni per genitori e pazienti"
preparate da Lucio Piermarini e Sergio Conti Nibali
- 36 Lo Scoliometro di Bunnell, come utilizzarlo
"Il saper fare" di Lucio Piermarini
- 39 Lo Stereotest di Lang: come usarlo
"Il saper fare" di Franco Passalacqua
- 40 *"Ricerca in progress"*
I protocolli della ricerca ACP: Si può fare con meno
a cura del gruppo di coordinamento per la ricerca ambulatoriale
- 47 Iscrizioni e rinnovi all'Associazione Culturale Pediatri



All'attenzione dei Lettori.

Il programma di Formazione continua ACP e la rivista sono completamente autofinanziati; non possiamo contare su introiti pubblicitari e come per ogni iniziativa dell'associazione puntiamo al pareggio di gestione; per far questo, abbiamo l'obiettivo di realizzare circa 200 abbonamenti al programma di Formazione continua e di ampliare il numero di soci o quantomeno di abbonati alla rivista. Ecco l'elenco dei primi abbonati; vi preghiamo di correggere gli eventuali dati errati o mancanti. Ringraziamo i primi abbonati ma non meno ringraziamo quanti si appresteranno sollecitamente ad abbonarsi.

ACP Abruzzo	via Olivieri, 78 - Chieti
ACP Bergamo	via Pacinotti, 36 - 24123 Bergamo
ACP Toscana	via Corcos, 12 - 50100 Firenze
ACP Verona	via Carlo Ederle, 36 - 37126 Verona
Basoccu Pietro	via (illeggibile) - Loceri
Chiarella Rita	via Milano, 14 - 88021 Borgia (CZ)
Crupi Isodiana	viale Regina Elena, 131 E - 98121 Messina
Dominijanna Vittoria	via A. Gramsci, 19 - 88068 Soverato (CZ)
D'Eramo Carla	via Adamo da Rottwell S N Palazzo Ufficiali G. F. - 67100 L'Aquila
Di Giorgio Maria Pia	via Vincenzo Coronelli, 1 - 00176 Roma
Siccardo Luigi	piazza Chiesa, 1 - Torre Boldone (BG)
Fusco Fabrizio	via G. Gracco, 33 - 36078 Valdagno (VI)
Marullo Giuseppina	via Crispi, 6 - 92014 Porto Empedocle (AG)
Mureddu Mario	via De Gasperi, 4 - 07021 Arzachena (SS)
Roller Daniela	via Rismondo, 36 10127 Torino
Rosalba Arturo	via Teracati, 85 - 96100 Siracusa
Schiavone Elvira	via A. Daniele, 24 - 88100 Catanzaro
Sellito Fulvio	via Cappuccini, 32 - 8310 Avellino

Il contenzioso con la Helix Media approda in tribunale. L'udienza è fissata per il febbraio 1995. Come avevamo già anticipato nel numero precedente del giornale, per limitare i danni subiti dagli abbonati, invieremo, in sostituzione di quelle che la Helix Media non ha prodotto, le videocassette del nostro Programma di Formazione continua. Per dimostrare coi fatti il comportamento dell'editore chiediamo a 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, di scrivere urgentemente, inviandoci copia della documentazione attestante l'avvenuto pagamento a:

**"Franco Dessì - ACP - via Montiferru, 6
09070 Narbolia (Oristano)"**,

precisando il numero di videocassette ricevute, la data in cui è stato effettuato il versamento e una

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. *Una lezione di Mauro Pocecco.*

n.2: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte prima: manifestazioni a carico del S.N.C; in appendice la sindrome Uremico - emolitica e il botulismo infantile): *Una lezione di Sandro Ventura*

le prime sei 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.....

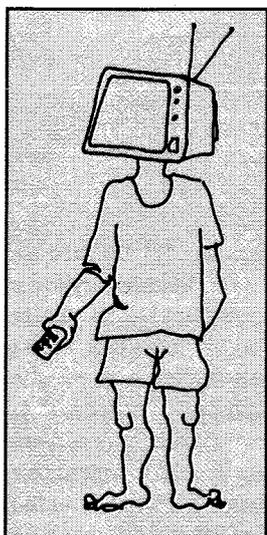
Indirizzo.....

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.



MANIFESTAZIONI EXTRAINTESTINALI DELLE MALATTIE INTESTINALI

PARTE PRIMA

Una lezione di Sandro Ventura

Questo primo video sulle manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali è centrato quasi per intero sulle manifestazioni neurologiche. Come è consuetudine del dottor Ventura, sono i casi clinici effettivamente osservati nella praticata quotidiana a "guidare" la lezione, a "fare il tema": una modalità questa che rende sempre estremamente interessante e partecipata le "lezioni" di Sandro.

E così l'argomento è introdotto da un primo caso emblematico: *"La storia di un genio perduto"*.

Non toglierò nulla alla voglia di ascoltare il caso dalla videocassetta anticipando che si tratta di un caso di celiachia, di quel modello ormai ben noto ai pediatri italiani, di sintomi psicologici che la caratterizzano, quel modello che ha fatto dire una volta, non troppo scherzosamente, al professor Panizon che tutto quello che andiamo apprendendo sulla celiachia rischia di "far perdere molti geni all'umanità".

Subito dopo ancora casi:

"Gloria di 18 mesi":

da due giorni febbre e diarrea da Rotavirus; contemporaneamente comincia a sviluppare sintomi a carico del S.N.C, dapprima con ipertonia e qualche clonia, poi con ipotonia - sopore - iporeattività e infine coma. Il tracciato EEG è "lento", alla TAC: "Edema", l'ASTRUP: "BE = -7" il liquor è negativo...

Tranne per qualcosa che va cercato espressamente.

"Elvis di 4 mesi":

da due giorni febbre e diarrea poi vomito. Cessa la febbre e si manifestano episodi convulsivi in apiressia; viene riscontrata ipertensione. La diuresi si contrae rapidamente fino all'anuria...

"Manuel di 8 mesi":

da qualche giorno è dapprima soltanto lamentoso poi ha crisi di tremore e infine presenta un preoccupante sopore che per l'insorgere di vomito porta al ricovero con diagnosi di ingresso al pronto soccorso di "sospetta ipertensione endocranica". EEG, rachicentesi, Eco trasfontanellare, TAC e ASTRUP nella norma. Dopo 48 ore emissione di feci sanguinolente...

"Valentina di 6 mesi":

Valentina è in allattamento misto. Viene portata dal medico per coliche, rifiuto del cibo, stipsi, "occhi gonfi". Il medico chiede il ricovero per "pianto debole", suzione fiacca, stipsi, "sopore". In ospedale viene notata ipotonia, addome globoso.

Il protocollo diagnostico è finalizzato dapprima ad escludere un interessamento primitivo del S.N.C.: rachicentesi, TAC e

EEG sono nella norma; ASTRUP glicemia ed elettroliti sono nella norma rendendo poco verosimile l'ipotesi di una malattia metabolica. L'Eco dell'addome esclude un'invasione intestinale a presentazione subdola...

Il video si conclude con una messa a punto sulla Sindrome Uremico-Emolitica (HUS) e su il Botulismo infantile.

La sindrome Uremico Emolitica ha una definizione abbastanza recente: è del 1980 la dimostrazione epidemiologica che la Verocitotossina dell'E.Coli 0157:H7 ha un ruolo patogenetico fondamentale nella patogenesi; alla fine degli anni '80 viene definito con precisione il rischio di 10-20% di progressione a HUS nei casi di colite emorragica da E. Coli 0157 - H7; ma soltanto alla fine degli anni '90 si comprende il ruolo dell'antigene di superficie P₁ in questo rischio di progressione.

Sono gli studi epidemiologici ad aver consentito il crescere progressivo delle conoscenze: "From Hamburger to Hemolysis", Infect Dis Alert, 12, 81, 1993; "A multistate, one restaurant chaine, Hamburgers related, outbreak" JAMA, 269, 2194, 1993; è merito di questi studi aver consentito di individuare alcuni fattori di rischio epidemiologici di trasmissione dell'E.Coli 0157:H7: carne macinata poco cotta: "a Mac Donald Epidemic", il succo di mele "senza conservanti"; è merito del Dott. Ventura ricomporre come in un puzzle le conoscenze epidemiologiche con il progredire delle conoscenze patogenetiche.

Il Botulismo infantile viene introdotto da un caso tipico che consente di memorizzare alcune parole chiave:

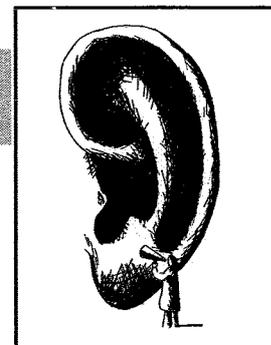
Fattori di rischio: Miele, ambiente polveroso, allattamento misto, alvo pigro.

Pensarci quando è presente in un bambino al di sotto dell'anno di vita "quadro settico senza febbre", stipsi, suzione torpida, ptosi, attività motoria spontanea ridotta, iporefflessia pupillare, scarsa risposta dei riflessi corneali.

La lezione è estremamente ricca di nozioni assai utili e presentate in maniera didattica; buon video.

(Il video avrà un seguito con una seconda parte che verrà dedicata alle manifestazioni a carico delle articolazioni delle malattie intestinali. La lezione condotta a due voci dal dottor Ventura e dalla dottoressa Lepore sarà un'utile occasione per rivedere la diagnosi differenziale delle artriti reattive).

(S.F.)



INGESTIONE DI SOSTANZE VELENOSE

di Lucio Piermarini

Esplorare l'ambiente dove vive è per il bambino un'esigenza insopprimibile. Fin dai primi mesi di vita, i suoi movimenti, prima goffi e poi sempre più sciolti e precisi, sono mirati al raggiungimento di oggetti da portare poi alla bocca per essere meglio studiati. E più complesso e colorato è l'oggetto tanto maggiore sarà l'interesse del bambino.

Questo comportamento istintivo è importantissimo per lo sviluppo dell'intelligenza ma espone anche i bambini di ogni età a dei rischi. L'ingestione di sostanze tossiche è uno dei più comuni tra questi rischi, vista anche l'abbondanza di prodotti per uso domestico e di farmaci presenti oggi nelle nostre case (e senza dimenticare numerose piante, esotiche e non).

In caso di un incidente del genere, la prima cosa da fare è rivolgersi a un pediatra e, forse ancor meglio, è telefonare senza indugio a un Centro Antiveleeni che è in grado di darvi le giuste istruzioni 24 ore su 24. La provocazione del vomito è spesso la prima indicazione data ai genitori e risulta tanto più efficace quanto prima si mette in atto. Un metodo per ottenere questo risultato, non molto utilizzato in Italia ma che il più delle volte si è dimostrato efficace, è la somministrazione di uno sciroppo "emetico", cioè capace di provocare il vomito, chiamato "sciroppo di Ipecacuana".

Uso dello sciroppo di Ipecacuana

Lo sciroppo di Ipecacuana (SI) è un potente emetico in grado di indurre vomito entro 25 minuti (massimo 60) dalla somministrazione, con una media di 3 episodi di vomito.

La sostanza tossica eliminata con il vomito è, in media, circa il 30% se lo SI viene assunto entro un'ora dall'ingestione del veleno. E' quindi importante avere lo SI in casa per poterlo utilizzare prima possibile. Se il bambino ha già vomitato lo SI è superfluo.

Ricetta:

Estratto di Ipecacuana 7 ml

Glicerolo 10 ml

Sciroppo semplice qb fino a 100 ml

Lo sciroppo è reperibile anche già preparato con il nome di "Ipecacuana Sciroppo 7%", ditta Marco Viti (via Tarantelli 15, 22076 Mozzate, Como).

Dosi:

6-7 mesi, 1 ml/kg in dose singola

8 mesi-12 anni, 15 ml/dose

dopo i 12 anni, 30 ml/dose

(negli ultimi due casi, la dose può essere risomministrata dopo 30 minuti se non c'è effetto).

Controindicazioni:

Età inferiore ai 6 mesi

Stato di incoscienza attuale o, prevedibilmente, conseguente al tossico assunto

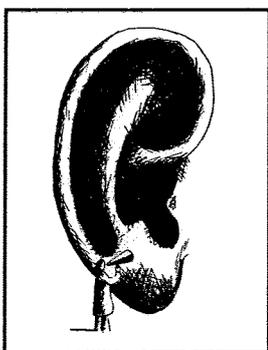
Ingestione di acidi, alcali, idrocarburi, oggetti acuminati

Da somministrare soltanto dopo aver consultato il pediatra o il Centro Antiveleeni (Roma: 06-490663 e 3054343; Milano 02-6428556).

Sostanze a tossicità bassissima (non richiedono di solito alcun intervento) sono;

- detersivi per piatti e bucato a mano, saponette, shampoo e bagnoschiuma
- creme cosmetiche purché non medicate, latte detergente, rossetto, cipria, mascara, crema depilatoria a strappo
- inchiostro, matite, fiammiferi
- insetticidi a base di piretro e alletrina, fertilizzanti da appartamento.





BAMBINI AFFETTI DA STIPSI

di Sergio Conti Nibali

La stitichezza è un problema molto frequente nel bambino e nella stragrande maggioranza dei casi questa è di natura "funzionale", non è cioè provocata da una malattia. Spesso è causata da un intestino "pigro", poco stimolato cioè da una dieta povera di scorie. in un bambino che non ha l'abitudine di sfruttare lo stimolo fisiologico della defecazione perché "distratto" da altre attività: non a caso, la stitichezza spesso si presenta dopo lo svezzamento dal pannolino. L'encopresi, cioè la perdita inavvertita di materiale fecale (il bambino "che sporca sempre le mutandine di cacca") è anch'essa, spesso, un'espressione della stitichezza.

Il retto, l'ultima porzione dell'intestino, è paragonabile a un tubo di plastica espandibile: adattandosi alla quantità di feci via via accumulate, è quindi capace di contenerne anche grandi quantità, sfiancandosi progressivamente; siccome lo stimolo alla defecazione si avverte quando le feci stimolano le pareti del retto, questo stimolo può divenire via via più raro perché sempre più feci occorrono per riempire il "tubo" (il retto) che si è andato progressivamente allargando.

Lo scopo della terapia è dunque quello di ridare tonicità a questo tubo, cercando di svuotarlo il più spesso possibile. Per ottenere tale scopo ci vuole molta pazienza: è molto frequente assistere a rapidi miglioramenti all'inizio della terapia, per poi ritornare al punto iniziale; un tale andamento è da mettere in conto: spesso, il tempo necessario a ottenere il definitivo superamento del problema sarà uguale a quello trascorso dal suo inizio! Non esiste una terapia che, da sola, possa risolvere la stipsi ma esistono una serie di accorgimenti da seguire.

La dieta:

in tutti i bambini deve essere ricostituito (se già non c'è) un apporto di fibra alimentare "sufficiente" (da 1 a 3 grammi al giorno per ogni chilo del suo peso); per tale scopo, è meglio utilizzare alimenti completi, seguendo i gusti e le abitudini della famiglia. Nella tabella 1 è riportato il contenuto in fibre alimentari di alcuni alimenti comuni. La crusca, in caso di stipsi ostinata, deve essere data sotto controllo medico e soltanto per brevi periodi.

CONTENUTO IN FIBRA ALIMENTARE DI ALCUNI ALIMENTI

ALIMENTO	QUANTITA' (grammi)	FIBRA (grammi)
<u>Crusca (3 cucchiari)</u>	15	5.5
Panino bianco	50	1.3
<u>Panino integrale</u>	50	8.8
Fette biscottate	30	3.7
Grissini	30	2.5
Biscotti secchi	30	1.7
Cornflakes	50	3.3
Pasta	70	4
Riso	70	3.4
Pizza napoletana	200	7.6
Asparagi	200	3
Cavolfiore	120	3.2
Finocchi	150	2.9
Lattuga	80	1.2
Melanzane	140	4.5
Patate	220	4.6
Spinaci	150	3.3
Zucchine	160	1.4
<u>Ceci secchi</u>	45	8.4
<u>Fagioli secchi</u>	90	9.5
Fagiolini	130	3.8
Fave fresche	100	5
Piselli freschi	100	5.2
Carciofi	150	1.2
Carote	200	5
Pom. insalata	120	1.6
Albicocche	110	2.3
Arancia	170	3.2
Banana	120	2.2
<u>Castagne</u>	75	7.6
Ciliegie	70	0.9
Fichi freschi	120	1.8
Fragole	130	2.9
Mandarini	160	3
Mela	200	4
Pera	180	4.7
Pesca	200	2.8
Susine	180	3.8
Noci	30	1.9
<u>Prugne</u>	50	8.8

Il lattulosio:

non è un medicinale ma solo zucchero che, non venendo riassorbito, provoca un aumento del contenuto d'acqua nelle feci, rendendole più morbide; la dose dipende dall'effetto desiderato (feci molli e facili da evacuare) e per tale motivo saranno i genitori a modularla: si potrà partire da 5-10ml di lattulosio fino a un massimo di 50 ml in una giornata (distribuito tra mattina e sera). La dose efficace non dovrà mai essere sospesa (neppure per un giorno) per un periodo lungo (almeno 3 mesi), dopo di che si tenterà di ridurla gradualmente.

Prima di avviare il trattamento con il lattulosio o durante il trattamento stesso, in caso di "ricadute", potrebbe essere utile ripulire il retto con clisteri, in modo da evitare che le feci morbide che si vengono a formare siano ostacolate da un "tappo" eccessivamente ingombrante e duro che non ne permette il transito; il clistere va eseguito per caduta (clistere da viaggio) e non per pressione (perette, pompette, microclismi), con il bambino coricato sul fianco sinistro; si utilizza come liquido la soluzione fisiologica (quella per fare le flebo) nella quantità di 15-20 ml per ogni chilo di peso del bambino; se ne eseguono 2 o 3 a distanza di qualche ora, fino a quando il bimbo non sarà riuscito a evacuare una buona quantità di feci.

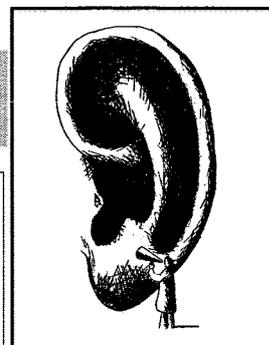
Educazione al vasino:

- sedute quotidiane a orari fissi, almeno inizialmente due volte al dì, preferibilmente dopo i pasti;
- la seduta non deve superare i 10-15 minuti;
- il bambino deve essere seduto in modo confortevole; può essere utile un riduttore del sedile; le ginocchia devono essere più alte del sederino e le piante dei piedi completamente appoggiate per terra; se, dunque, il bambino usa la tazza degli adulti, è necessario fornirsi di una pedana che possa permettergli di assumere la posizione descritta.

Se tutti questi consigli vengono seguiti con pazienza e con impegno, tutte le stipsi "funzionali" (e quindi quasi tutte) si correggeranno. Solo nel caso vi fosse un fallimento sicuro, occorrerà consultare "specialisti" di un Centro che si occupa di tali problemi e che sarà il vostro pediatra a indicarvi.



L'EDUCAZIONE SANITARIA: O SI VALUTA O NON SI FA



Uno dei problemi che è stato discusso approfonditamente in questi ultimi due anni in Gran Bretagna è stato quello della educazione sessuale nelle scuole.

Contrariamente a quanto può succedere in Italia, in Gran Bretagna questo problema è stato affrontato sulla base di dati epidemiologici e non sulla base di opzioni ideologiche.

Anche queste, ovviamente, ci sono state ma in misura enormemente inferiore a quanto succede nel nostro Paese.

L'obiettivo posto riguardava il dimezzamento, entro il 2000, delle gravidanze in ragazze al di sotto dei 16 anni che, nel 1990 sono state del 10,1 per 1000.

Almeno la metà di queste gravidanze esita in aborto.

La consistenza del problema era rivelata dal fatto che la metà delle ragazze e più della metà dei ragazzi non usa alcun contraccettivo prima dei 16 anni ma il 19% delle ragazze e il 28% dei maschi aveva rapporti sessuali prima di quella età.

Sulla base di questi dati è stata dunque avviata una politica per la riduzione delle gravidanze indesiderate sotto i 16 anni.

Nel 1991 si è registrata una caduta a 9,3 per 1000 ragazze e la diminuzione è stata riferita a una serie di iniziative messe in campo come le "family planning clinics" che sono state aumentate di numero ed alcune iniziative abbastanza somiglianti ai nostri consultori-giovani.

E' troppo presto per parlare di successo delle iniziative messe in campo.

Fra poco saranno disponibili anche i dati del 1992 e se ne potrà discutere con maggior conoscenza di causa.

Qui volevamo soltanto sottolineare che le iniziative di educazione sanitaria si valutano sui dati numerici e non sulle opzioni ideologiche.

In Italia, al contrario, le iniziative di educazione sanitaria si fanno e non si valutano: si finanziano ben sapendo che nessuno potrà valutarle.

Questa è precisamente l'opinione della Regione Lombardia che pure nel 1992 ha finanziato 1016 (sic!) progetti per 16,660 miliardi.

Ma neppure l'Emilia Romagna e l'Umbria (e forse nessuna altra regione) hanno mai verificato che cosa cambiava (e se qualcosa cambiava) dopo l'espletamento dei progetti. Un modo molto sgradevole per buttar via i soldi del Fondo sanitario nazionale.

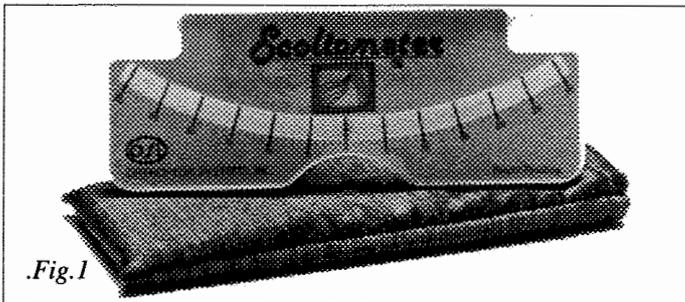
(G. B.)

SCOLIOMETRO DI BUNNELL COME UTILIZZARLO

di Lucio Piermarini

Lo strumento

Lo scoliometro è un inclinometro modificato per uso clinico, ideato da William P. Bunnell (Loma Linda University, California) allo scopo di misurare quantitativamente la deformazione del dorso conseguente alla presenza di una scoliosi (*Fig.1*). Lo scoliometro, una volta posizionato correttamente il soggetto, misura in gradi l'inclinazione rispetto al piano orizzontale, di una retta ideale, trasversale e perpendicolare all'asse della colonna, tangente alle due metà della schiena in corrispondenza del gibbo. La base dello strumento, poggiato sulla schiena, rappresenta concretamente tale retta. Questa



.Fig.1

misura viene definita "angolo di rotazione del tronco" o "ART" (in inglese, ATR). Poiché il gibbo non è altro che il sollevamento delle costole e delle apofisi trasverse lombari, causato dalla rotazione vertebrale che sempre si associa alla curvatura dell'asse della colonna, lo scoliometro, in realtà, dà una misura indiretta della curva scoliotica. Va tenuto presente, inoltre, come la relazione tra rotazione e curva non è così stretta e univoca da consentire in ogni caso una estrapolazione affidabile dei gradi della curva radiografica (Angolo di Cobb). Infatti, anche se non molto spesso, si verificano casi con ART modesto e curve scoliotiche importanti (falsi negativi) e altri con ART allarmanti che sorprendono piacevolmente per corrispondere a curve trascurabili (falsi positivi). A questi ultimi contribuiscono anche i non pochi casi di asimmetria unilaterale dei muscoli del dorso.

Come si usa

La posizione del soggetto da esaminare è quella abituale con colonna flessa in avanti, gambe estese appena accostate l'una all'altra, piedi allineati, collo e braccia perfettamente rilasciati. Il grado di flessione viene opportunamente variato in modo che il tratto da esaminare diventi il punto più alto del profilo della colonna. Questo può essere difficile da ottenere per il tratto lombare nei soggetti poco flessibili; in tali casi è utile sfruttare la posizione seduta. Si poggia lo scoliometro sulla schiena a livello del gibbo, trasversalmente all'asse della colonna e perpendicolarmente al piano orizzontale, badando a che lo "0" della scala graduata sia posizionato esattamente sopra le apofi-

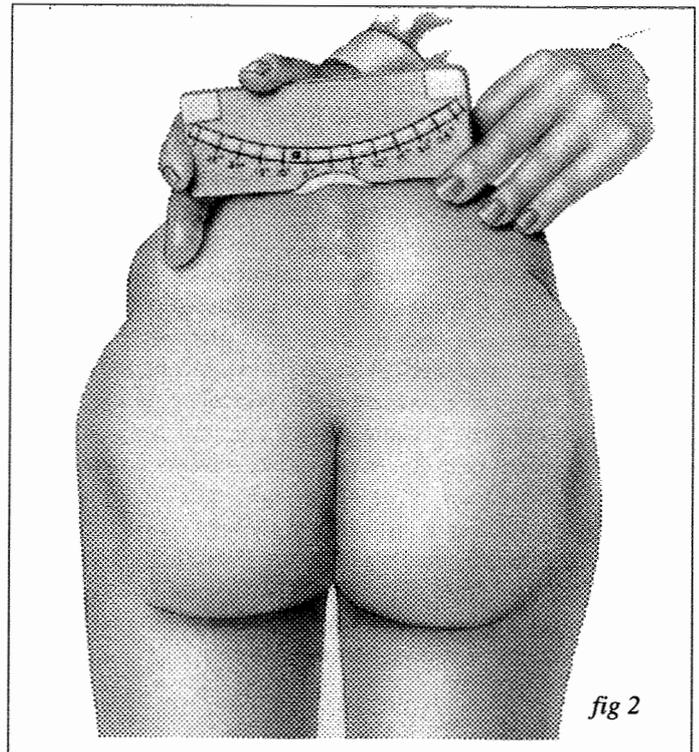
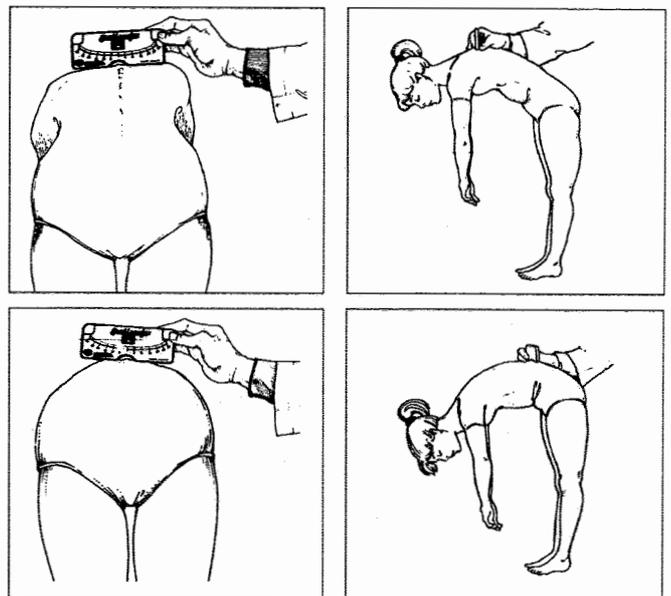


fig 2

si spinose. La pallina si fermerà rapidamente sul valore di ART (*fig 2*). La lettura va fatta a bambino perfettamente immobile anche se la discreta inerzia del sistema garantisce contro oscillazioni grossolane e consente una valutazione affidabile anche in caso di soggetti molto irrequieti.

Con i più piccoli, controllate spesso la posizione delle ginocchia, che tendono a piegarsi, e, se l'esame va per le lunghe, concedete loro un breve intervallo di riposo per evitare che con la facile stancabilità non riescano più a mantenere la posizione corretta e alterino il risultato. Fate la determinazioni su tutte le porzioni della colonna non dimenticando di effettuare l'osservazione sia dal di dietro in avanti che viceversa per non rischiare di perdere i gibbi lombari (*fig. 3*).



Se si nota uno squilibrio del bacino o anche di routine, è necessario ripetere la misurazione con il soggetto seduto così da eliminare la componente di rotazione di una eventuale, e piuttosto comune, dismetria degli arti inferiori. Il gibbo di solito compare dal lato dell'arto più lungo e se scompare una volta operata la correzione, evidentemente, ci troviamo davanti a una semplice rotazione da dismetria e non a una sospetta scoliosi (nella fig. 4 si fa notare lo squilibrio del bacino dovuto a una differenza di lunghezza tra gli arti). Può sempre, comunque, residuare un gibbo misurabile, sul cui valore baseremo le nostre decisioni.

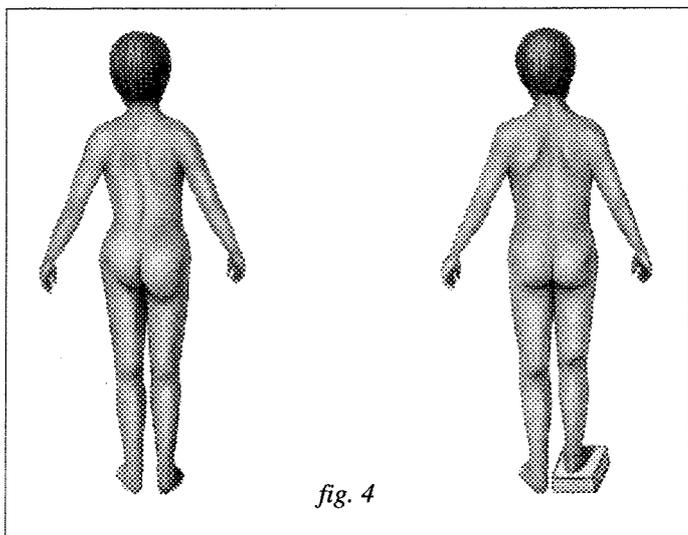
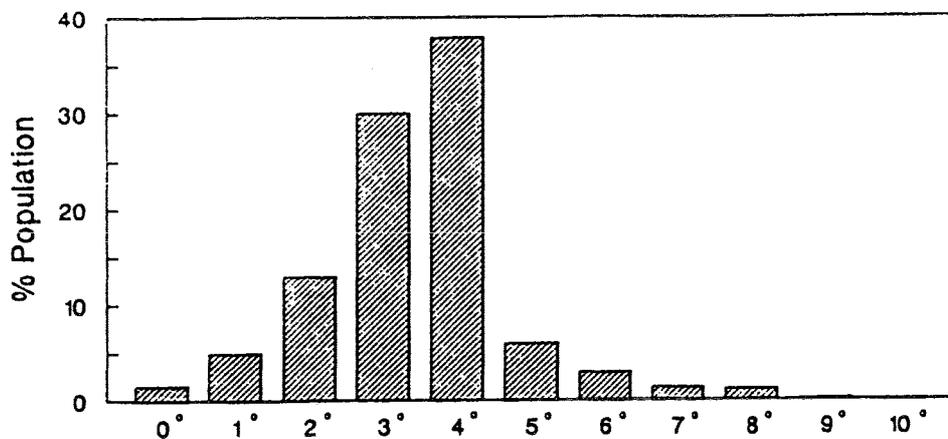


fig. 4

Gli obiettivi

Le rilevazioni fatte su ampie popolazioni mostrano che, come altre variabili biologiche, l'ART si distribuisce lungo una curva a campana, da cui risulta come solo il 2% circa degli esaminati abbia valori di "0" a qualsiasi livello della colonna (fig. 5).



Angolo di rotazione del tronco (ART) fig. 5

Se vogliamo utilizzare lo scoliometro come strumento di screening, dobbiamo necessariamente scegliere un valore (cut off) di ART "patologico" come criterio per l'individuazione dei soggetti a rischio di scoliosi evolutiva. Dai dati disponibili risulta che, assumendo come valore critico un ART di 5 gradi, perdiamo (falsi negativi) solo il 2% di scoliosi con Angolo di Cobb di almeno 20 gradi, vale a dire al livello di gravità delle curve al quale si reputano necessari controlli più frequenti.

Come risultato di questa scelta, avremo complessivamente il 12% di positivi, di cui il 2% veri (tasso atteso di scoliosi evolutive nella popolazione generale) e il 10% falsi. Scegliendo, per esempio, un ART di 7 gradi si avrà solo l'1% di falsi positivi ma, come è ovvio, aumenteranno i falsi negativi: fino al 6% con ART di 6 gradi e fino al 12% con ART di 7 gradi. Ma ciò che è più importante è il fatto che con ART di 6 e 7 gradi si perdono rispettivamente il 2 e il 5% di curve di 30 gradi Cobb, cioè curve per cui è già necessario un trattamento ortopedico.

E' chiaro, quindi, che la scelta del valore di ART da utilizzare dipende, più che altro, da criteri di risorse e da chi queste risorse controlla. Al momento attuale, io credo che il singolo pediatra di famiglia e il Servizio sanitario nazionale possano anche fare scelte diverse, più garantiste il primo e più economiche il secondo.

Quando usarlo

L'estrema semplicità nell'utilizzazione dello scoliometro e la rapidità dell'esame ne consentono, volendo, un uso routinario durante tutti i controlli di salute dell'età scolare fino alla fine della pubertà. Un programma minimo di screening dovrebbe, comunque, prevedere una valutazione intorno ai 6 anni, per individuare le pur rare scoliosi giovanili, e un'altra in età puberale. Dato che la scoliosi idiopatica compare o peggiora durante tutta la pubertà è a questa che dobbiamo far riferimento e non all'età anagrafica. *Se non si vuol perdere nessun caso, saranno opportune almeno due valutazioni durante il periodo*

di accelerazione della crescita staturale, lenta o rapida che sia, a distanza di almeno un anno.

In questo modo, la gran parte (se non tutti) dei falsi negativi potranno essere recuperati, in quanto, se si trattava di scoliosi evolutive, la curva avrà avuto il tempo di peggiorare e l'ART sarà potuto arrivare al livello critico. Se invece, per ragioni di insufficienza delle risorse, si è disposti a tollerare la perdita dei falsi negativi, potrà bastare una sola valutazione, purché sempre in piena epoca puberale.

Il destino dei positivi

Una possibilità è quella di inviare tutti dallo specialista e di continuare a seguire il caso assieme a lui... sempre che egli si degni.

L'altra è quella di operare distinzione tra casi lievi e medio-gravi. Dato che la scoliosi viene trattata con ortesi solo se presenta un progressivo e rapido peggioramento verso i 25-30 gradi Cobb, possiamo, con sufficiente tranquillità, ricontrollare a distanza di tempo tutti i casi con ART inferiore a 7 per verificarne l'evolutivezza. L'intervallo potrà variare da 3 a 6 mesi a seconda dei fattori di rischio presenti (sesso femminile, familiarità, crescita rapida, gravità del gibbo). Se non c'è peggioramento dell'ART, si tratta o di un falso positivo o di un vero positivo in cui, però, non è presente evolutivezza, e perciò rientreranno entrambi nel gruppo dei "normali" per i quali è comunque prevista una seconda valutazione da effettuare dopo almeno un anno.

Se, invece, si verifica un peggioramento o se troviamo un ART di almeno 7 gradi alla prima valutazione, invieremo il caso allo

specialista, immediatamente o, se ci piace, dopo aver verificato con un Rx che non si tratti di un falso positivo (curva inferiore a 20 gradi).

Quest'ultima possibilità comporta però che il pediatra impari a calcolare l'Angolo di Cobb dato che non sempre il radiologo ce ne dà la misura. Questi soggetti con peggioramento clinicamente dimostrato e con curve tra 10 e 20 gradi Cobb, meritano almeno un altro controllo clinico a breve scadenza; se la curva è inferiore a 10 gradi, possiamo tranquillamente ricollocarli tra i "normali" (fig.6).

Conclusioni

Lo scoliometro di Bunnell è uno strumento semplice e affidabile che ha restituito dignità allo screening della scoliosi.

Ferma restando, per la diagnosi, la necessità della radiografia, lo scoliometro ne ha drasticamente ridotto l'uso quale strumento di follow-up, con elevati vantaggi sanitari ed economici. Tutto sta nel diffonderlo come merita.

fig.6

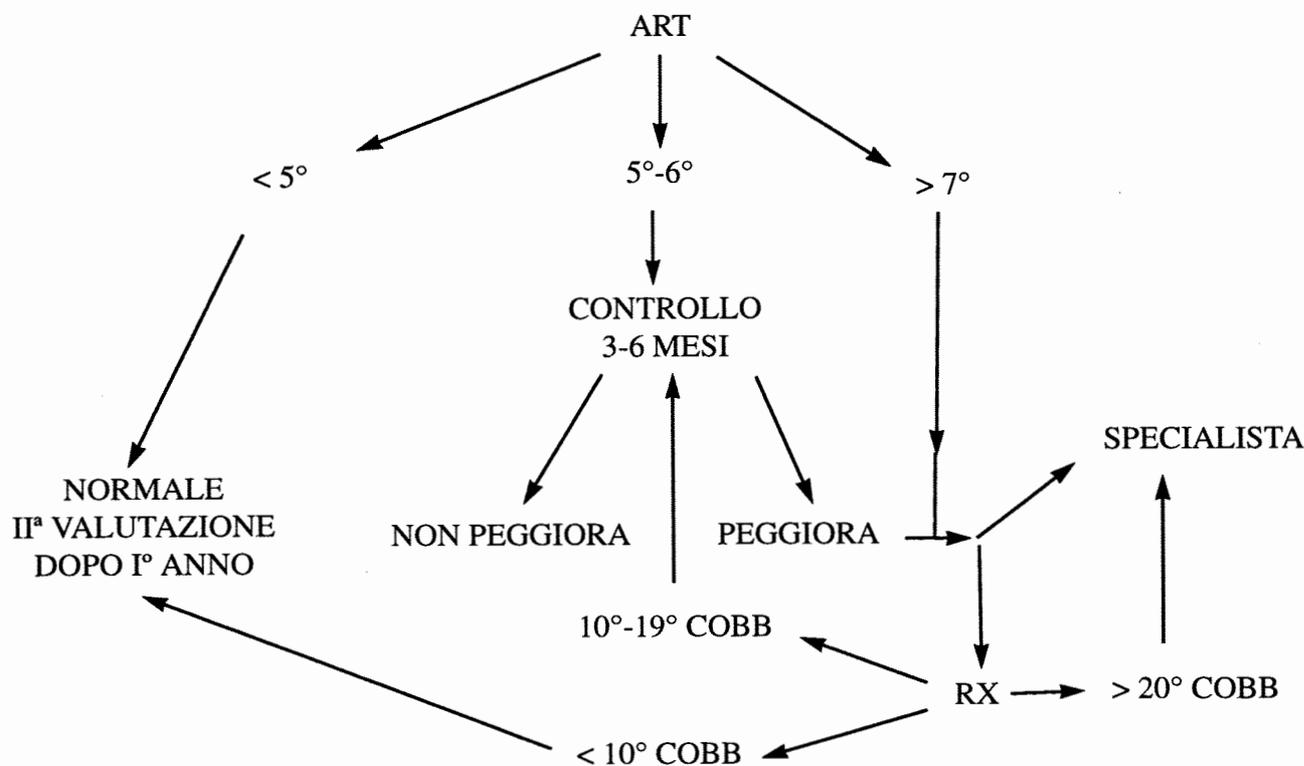


DIAGRAMMA DI FLUSSO PER L'INVIO ALLO SPECIALISTA

LO STEREOTEST DI LANG: COME USARLO

di Franco Passalacqua

Lo Stereotest di Lang è uno strumento semplice, poco costoso e di grande aiuto nella pratica del pediatra di famiglia.

È costituito da una cartolina plastificata in cui il bambino sottoposto a screening ha la possibilità di osservare, quando ha la visione normale (cioè stereoscopica), delle immagini. La cartolina è stata costruita tenendo conto di due principi della visione stereoscopica: 1. i "random dots" di Joulez e "il reticolato dei cilindri disposti parallelamente di Hess. In particolare, come è dimostrato dalla figura 1, alcuni tra i puntini della cartolina, e precisamente quelli che costituiscono le immagini, sono situati all'interno dei piccoli cilindri paralleli di plastica in maniera che ciascun occhio ne veda la metà. Se questo non avviene (soggetto ambliope) non si potrà vedere alcuna immagine ma solo dei puntini casuali senza significato. (Fig.1.)

Esistono due tipi di Stereotest: il tipo A (Fig 2) con 3 immagini (Gatto, Stella, Automobile) e il tipo B con 4 immagini di cui 3 (Jeep, Elefante, Mezzaluna) costruite con i principi sopra esposti e una (la Stella) che possono vedere anche i soggetti ambliopi. (Fig.3)

Lo scopo di questo secondo test è quello di avere uno strumento che possa comunque interessare il soggetto ambliope che altrimenti vedrebbe solo dei puntini.

Come eseguire il test:

Innanzitutto, la luce non deve essere diretta sulla cartolina ma diffusa nell'ambiente. L'esaminatore si porrà davanti al bambino osservandone gli occhi. Si dovrà tenere la cartolina ben visibile, e possibilmente immobile, in un piano frontale a circa 40 centimetri dal soggetto. Quest'ultimo verrà stimolato dall'esaminatore che, ai più grandicelli, chiederà se vedono qualcosa in particolare. Il soggetto dovrà allora dire i nomi delle figure, localizzarle nella cartolina e possibilmente nella loro profondità. Dei soggetti più piccoli, oltre al loro tentativo di indicare o afferrare le figure, è molto importante osservare

gli occhi che prima spaziano sulla cartolina e poi fissano le varie immagini su di essa raffigurate.

Il bambino può muovere leggermente la testa per trovare il punto più favorevole per l'osservazione.

Non si deve mai dare il test in mano al soggetto esaminato perché questo potrebbe, con rapidi movimenti di "va e vieni", cercare di riconoscere gli oggetti in visione monoculare.

Se si dubita che le figure siano state realmente riconosciute, si possono chiedere altri dettagli al bambino: dov'è rivolta la coda del gatto?, quante punte ha la stella?, ecc. In caso di sospetto di simulazione, mettere il test in posizione verticale (le immagini non si vedranno più) o rovesciarlo (la stella sarà in mezzo ma in basso).

Interpretazione dei risultati:

A seconda dell'età e dell'intelligenza dell'esaminato, le risposte potranno essere del tutto differenti anche se dei risultati falsamente positivi sono altamente improbabili. Comunque, i risultati possono essere classificati così:

A. Nettamente positivi; B. Dubbiosi; C. Nettamente negativi.

Vediamoli uno per uno.

A. Altamente positivi: localizzazione perfetta e denominazione degli oggetti; per i più piccoli è sintomo positivo il loro cercare di indicare

o di prendere le figure. Sempre per i più piccoli, da ritenersi positivo sarà il loro fissare ripetutamente i tre elementi l'uno dopo l'altro.

B. Dubbiosi: sono dubbiosi e quindi richiedono un approfondimento i risultati che riguardano tutti quei soggetti che hanno una sensazione di qualcosa in rilievo ma non riconoscono delle forme definite o le riconoscono soltanto dopo lunghe esitazioni. Ugualmente dubbiosi sono i risultati che riguardano soggetti che guardano in modo generico la cartolina senza fissare, e quindi senza spostare lo sguardo, le varie immagini.

C. Negativi: negative sono le risposte tipo "vedo un disegno" oppure "ci sono dei punti bianchi e neri" o comunque di tipo troppo generico.

I bambini che danno queste risposte si disinteressano rapidamente del test proprio mentre gli adulti rimangono un po' delusi e increduli.

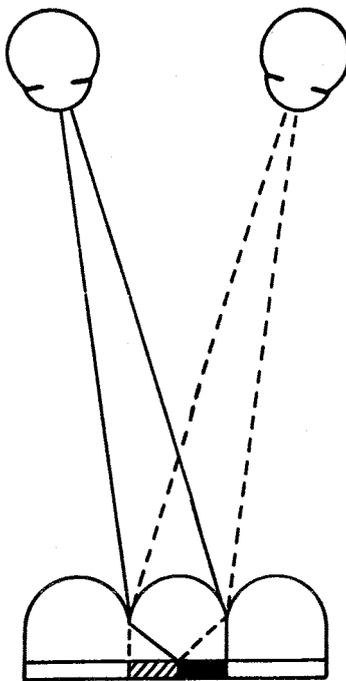


Fig 1

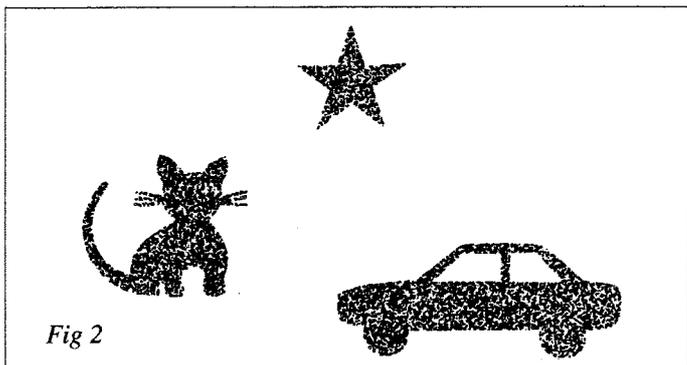


Fig 2

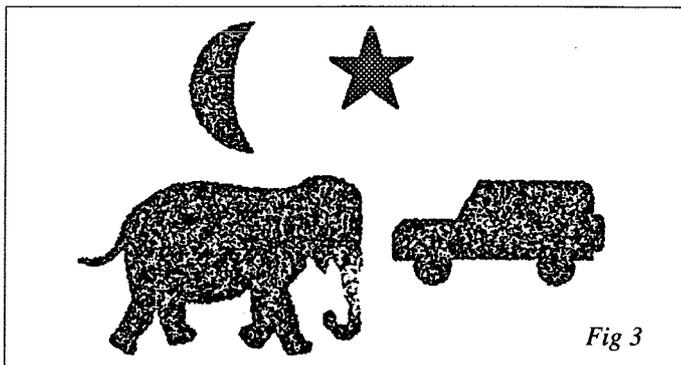
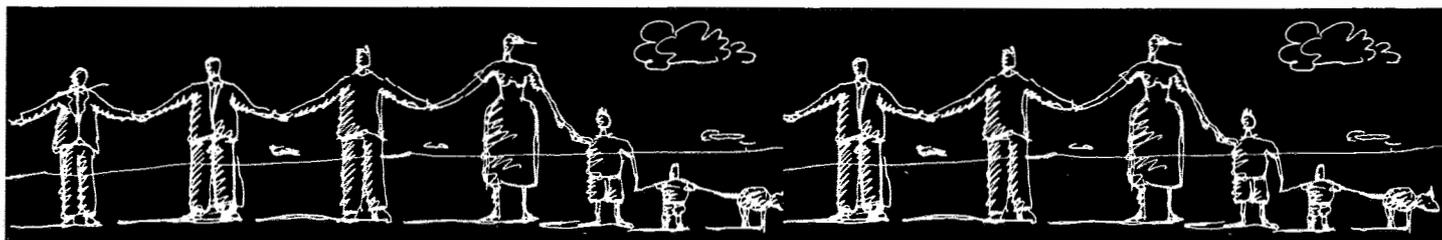


Fig 3

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 veri punti della gestione del caso.

L'analisi del caso consentirà di: valutare la qualità delle cure e i suoi determinanti, 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 stata conclusa.

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. 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 le infezioni delle vie urinarie

Criteri di esclusione:

- IVU in bb con reflusso vescico-ureterale già documentato in precedenza
- bb con altre malformazioni delle vie urinarie

Diagnosi

- cose buone

- 1) conferma del sospetto diagnostico (con esame urine) entro 24 ore dal sospetto clinico (nota 1)
- 2) formulare la diagnosi con una corretta raccolta e conservazione del campione urinario (nota 2)
- 3) eseguire l'urinocultura o l'uricult.

- cose accettabili

- 1) non eseguire VES e PCR se i sintomi clinici sono già indicativi della sede dell'infezione

- cose cattive

- 1) fare la diagnosi con una scorretta raccolta e conservazione del campione urinario
- 2) non eseguire l'urinocultura o l'uricult
- 3) fare partire le indagini di conferma (esame di urina) dopo 3 giorni di febbre SAI
- 4) raccogliere le urine per la conferma dopo avere cominciato la terapia antibiotica.

Ricovero

- cose buone

- 1) ricoverare tutti i lattanti con età < 1 anno.

- cose cattive

- 1) ricoverare i bambini con età > 1 anno se il ricovero non è motivato da un quadro settico o da problemi particolari a livello diagnostico.

Terapia

- cose buone

- 1) eseguire precocemente la terapia antibiotica (entro i primi 3 giorni dall'inizio dei sintomi)
- 2) eseguire una corretta terapia antibiotica (nota 3)

- cose cattive

- 1) iniziare la terapia dopo 3 giorni dall'inizio dei sintomi (se il pediatra è stato consultato)

- 2) attendere la risposta dell'antibiogramma prima di iniziare la terapia
- 3) eseguire la terapia con farmaci e durata diversi da quelli indicati dalla nota 3.
- 4) non controllare le urine durante e dopo la terapia con la frequenza indicata sopra
- 5) non dare indicazioni chiare ai genitori in rapporto all'esecuzione dell'esame urine, in caso di febbre in bambino con precedente IVU o con reflusso già documentato.

Ricerca in Progress Esami strumentali



- cose buone

- 1) eseguire l'ecografia renale in fase acuta (entro i 10 giorni di terapia) e la cistouretrografia

o scintigrafia dopo un mese nei seguenti casi:

- bambini con età < 1 anno con IVU
- bambini nei primi 5 anni di vita con pielonefrite

- cose accettabili

- 1) eseguire, nei bambini con età > 2 anni, la cistouretrografia o la scintigrafia solo dopo il II episodio di pielonefrite se l'ECO renale è normale.

- cose cattive

- 1) non eseguire gli esami sovramenzionati, nei casi e nei tempi indicati
- 2) eseguire l'urografia in I battuta.

Follow up

- cose buone

- 1) esame urine di controllo con tale successione (IVU alta):
 - dopo 3 - 4 giorni dall'inizio della terapia
 - entro 48 ore dalla fine della terapia antibiotica
 - periodicamente almeno una volta al mese per 6 mesi
 - ad ogni episodio febbrile in bambino che ha avuto una precedente IVU alta, almeno nei primi sei mesi.
- 2) eseguire profilassi antibiotica o controlli urinari ravvicinati prima dell'esecuzione della cistouretrografia
- 3) in caso di reflusso vescico-ureterale di grado superiore al I eseguire la profilassi antibiotica ed esami urinari ogni mese; la profilassi va eseguita nei bambini con età < 1 anno per tutto il primo anno di vita e, nei bambini con età > 1 anno, per 6-12 mesi. (nota 4).

- cose cattive

- 1) non eseguire la profilassi antibiotica nei reflussi di grado superiore al II con i farmaci e i tempi indicati sopra
- 2) non eseguire controlli urinari almeno ogni 2 mesi in caso di RVU di grado II o maggiore
- 3) non eseguire la profilassi antibiotica o esami urinari ravvicinati, in attesa dell'esecuzione della cistouretrografia.

NOTE

Nota 1: CONFERMA DIAGNOSTICA DI IVU

la conferma diagnostica di IVU si basa su due esami:

1) esame urine

2) urinocultura

a. Nelle esame urine si considerano i seguenti parametri:

- nitriti (stix)

- leucocituria (G.B. > 10/mm al microscopio ottico)

- batteriuria (batteri > 10/mm al M.O.)

- cilindri: orientano per una

IVU alta

b. L'urinocultura si considera positiva se presenta colonie di un solo ceppo ≥ 10 alla quinta.

N.B.: può essere fatto l'uricult

al posto dell'uricoltura ma, se positivo, deve essere inviato al laboratorio.

Nota 2: MODALITÀ DI RACCOLTA DEL CAMPIONE

la raccolta del campione urinario deve essere eseguita nel seguente modo:

- il contenitore deve essere sempre sterile

- per il maschietto che sa trattenere le urine si raccoglie il getto intermedio

- per la femminuccia che sa trattenere le urine si raccoglie il flusso intermedio e le grandi labbra della vagina dovrebbero essere previamente aperte per consentire l'esposizione dell'uretra

- con i lattanti e i bimbi di entrambi i sessi che non sono in grado di trattenere le urine, la raccolta si fa con l'apposizione di un sacchetto sterile, dopo aver lavato il bambino con acqua e sapone e averne asciugato la pelle; non bisogna lasciare il sacchetto per più di 20-30 minuti; le urine dal sacchetto vengono raccolte con una siringa sterile

- il campione urinario deve essere immediatamente trasportato in laboratorio e comunque deve essere mantenuto refrigerato se il trasporto è lungo o non è immediato (max 24 h. in frigo).

Nota 3. FARMACI PER LA TERAPIA:

a. **IVU bassa**

- nitrofurantoina (5 mg/kg/dia in 2-4 dosi) per 3-7 gg.

- cotrimoxazolo (24 mg/kg/dia in 1-2 dosi dia) per 3-7 gg.

- amoxicillina + acido clavulanico (50 mg/kg/dia in 1-2 dosi/dia) per 3-7 gg.

- cefalosporine orali di II o III generazione per 3-7 gg.

- fosfomicina trometanololo 1-2 gr/dia per 1 giorno

b. **IVU alta in bambino con età < 3 mesi:**

aminoglicosidi+/- beta lattamine (5 mg/kg/dia di netilmicina in 2-3 dosi/dia) / cefalosporine di II o III generazione per via parenterale o per os (cefaclor 50-100 mg/kg/dia in 3 dosi/dia) / per 10 gg.

c. **IVU alta in bambino con età > 3 mesi:**

cefalosporine di II generazione / amoxicillina + acido clavulanico (50-100 mg/kg/dia in 3 dosi/dia) / per 10 gg.

3) fare esami urinari di controllo con tale frequenza:

- dopo 3-4 giorni dall'inizio della terapia

- a fine terapia antibiotica

- periodicamente, almeno una volta al mese per 6 mesi

- a ogni episodio febbrile in un bambino che ha avuto una precedente IVU.

Nota 4. FARMACI PER LA PROFILASSI

(salvo indicazioni diverse dell'antibiogramma):

- **bambini > 6 mesi:**

nitrofurantoina

trimetoprim

cotrimossazolo al dosaggio di 10-20 mg/kg/dia in un'unica

somministrazione

- **bambini < 6 mesi:**

trimetoprim

cefalosporine orali

amoxicillina + acido clavulanic

10-20 mg/kg/dia (dosaggio unico)

Ricerca in Progress



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

	quando	esito	
<input type="checkbox"/> esami del sangue		<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> pat.
<input type="checkbox"/> ecografia		<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> pat.
<input type="checkbox"/> cistouretrog.		<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> pat.
<input type="checkbox"/> scintigrafia		<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> pat.
<input type="checkbox"/> altro		<input type="checkbox"/> neg.	<input type="checkbox"/> pat.

- esordio

- febbre disuria
- anoressia
- malessere generale
- vomito altro

RICERCA IN PROGRESS



- diagnosi

- cistite pielonefrite
- reflusso V. U di grado
- lesioni renali
- altro
- ignorato

- precedenti FUU

- si età 1° episodio
- no pediatra di base
- pronto soccorso specialista
- altro

- esami urine di controllo

- si no
- dopo giorni dall'inizio della terapia
- dopo giorni dalla fine della terapia
- ogni giorni dalla fine della terapia per un periodo totale (previsto) di mesi

- periodo intercorso tra l'esordio e il contatto col medico

- telefonico
- visita

- profilassi antibiotica dopo la terapia antibiotica in attesa della cistouretrografia

- si no

- esame urine

- dopo quanto tempo dall'esordio
- modalità raccolta urine
- corretta non corretta
- modalità conservazione
- corretta non corretta
- tipo di esame (+ risultato)
- stix microscopio urinocultura uricult
- altro non so

- esami urinari ravvicinati dopo la terapia antibiotica in attesa della cistouretrografia

- si no

- ricovero

- si no
- decisione presa da:
- familiari ped. base altri
- motivazione:
- età < 1 anno gravità del quadro
- altro
- luogo del ricovero:
- PS generale/PS pediadrico
- clinica generale/pediadrica
- durata del ricovero:

- profilassi antibiotica per R.U.U.

- farmaci/dosaggi
-
-

- cosa fare in caso di febbre

- aspettare ore/giorni prima di andare dal pediatra
- andare subito dal pediatra
- mettere un sacchetto per le urine
- dare subito un antibiotico
- altro



La proposta di protocollo per le broncopolmoniti

Radiografia a casa

- cose buone

- 1) eseguire l'RX in un bambino con febbre che dura da più di 5-7 giorni senza una diagnosi
- 2) eseguire l'RX in bambino che non risponde clinicamente all'antibiotico (sospetto di complicanze e/o antibiotico resistenza).

- cose cattive

- 1) eseguire l'RX in un bambino con età > 1 anno che risponde clinicamente all'antibiotico
- 2) eseguire l'RX per fare o confermare la diagnosi
- 3) eseguire l'RX di "controllo" in un bambino clinicamente guarito, dopo un decorso senza complicazioni.

Terapia

- cose buone

- 1) utilizzare i seguenti farmaci:
 - * amoxicillina (50 mg/kg/dia per 5 giorni)
 - * iosamicina (40-50 mg/kg/dia per 7 giorni)[se bambino > 5 anni]
- * macrolide in II battuta, dopo l'amoxicillina, se bambino non febbrato dopo 24-48 ore e non grave

- cose accettabili

- 1) utilizzare:
 - * cefalosporine orali di II o III generazione
 - * 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 < 6 mesi
- 2) ricoverare un bambino che non risponde all'antibiotico o nel sospetto di complicanze
- 3) ricoverare un bambino che si presenta grave

- cose accettabili

- 1) ricoverare un bambino con età 6 m.-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

- cose cattive

- 1) usare il cortisone

Esami

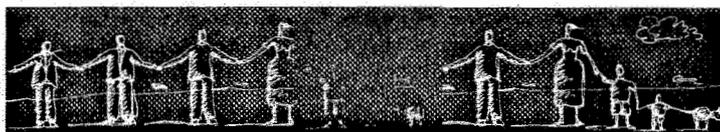
- cose buone

- 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 VES, PCR nel bambino ospedalizzato con complicanze
- 3) eseguire l'emocultura nel bambino piccolo (< 3 mesi) o in stato tossico

- cose cattive

- 1) eseguire controlli ematochimici in bambini già guariti
 - 2) eseguire l'esame dell'escreato
- Intervista Broncopolmonite (quintp.doc)

Ricerca in progress



INTERVISTA BRONCOPOLMONITE

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

esordio:

data ___/___/___
età ___/___ (mesi)

sintomi:

febbre tosse dispnea/polipnea anoressia
 altro.....

medico interpellato:

pediatra di base/medico di famiglia
 medico del pronto soccorso guardia medica

periodo intercorso tra l'esordio e il contatto telefonico con il medico
periodo intercorso tra l'esordio e la visita medica

Rx torace sì no

quando:

all'inizio dei sintomi dopo 1-2 settimane

motivo:

- diagnostica di routine
- caso dubbio età < 1 anno
- mancata risposta all'antibiotico
- sospetto di complicanze
- controllo guarigione
- altro.....

terapia antibiotica

farmaco usato.....

dosaggio.....

giorni totali di terapia

tempo di risposta all'antibiotico (nota 1)

- < 24 ore 24-28 ore
- > 48 ore

uso di antibiotico di II scelta si no

farmaco usato.....

dosaggio.....

giorni totali di terapia.....

tempo di risposta all'antibiotico (nota 1)

- < 24 ore 24-28 ore > 48 ore

uso di altri farmaci

- mucolitici/mucoregolatori immunostimolanti
- cortisonici beta 2 stimolanti
- altro.....

ricovero sì no

quando

- in prima giornata
- dopo 48 ore di mancata risposta alla terapia
- altro.....

tempo di ricovero (giorni)

interventi in ospedale

- Rx Eco
- terapia e.v. es. sangue
- altro.....

esito

- guarito senza complicanze
- guarito dopo complicanze: quali.....
- sequele no sì : quali.....

Nota 1 - la risposta all'antibiotico va valutata rispetto alla febbre e allo stato generale con l'antibiotico di prima scelta e, eventualmente, di seconda scelta.



Protocollo convulsioni febbrili

Definizione

- 1) crisi che insorge in corso di febbre (>38,5)
- 2) età 6 mesi/5 anni
- 3) assenza di affezione cerebrale acuta o cronica
- 4) assenza di precedenti episodi di convulsioni afebrili

EEG

- cose buone

- 1) farlo in caso di convulsioni febbrili complesse (nota 1)
- 2) pregresso danno neuropsichico
- 3) età fuori dai limiti
- 4) sospetto clinico della persistenza di uno stato di male elettrico
- 5) dopo un primo EEG risultato patologico

Ricerca in Progress



- cose accettabili

- 1) dopo 20gg.-1 mese dal primo episodio di convulsione febbrile semplice

- cose cattive

- 1) subito dopo un episodio di convulsione febbrile semplice
- 2) dopo episodi di convulsioni febbrili successive al primo, nel caso in cui il primo EEG fosse risultato normale.
- 3) eseguire altri esami strumentali

Profilassi

- cose buone

- 1) nessuna profilassi

- cose accettabili

- 1) Profilassi discontinua con diazepam per os

- cose cattive

Qualsiasi profilassi continua

Trattamento delle recidive

- cose buone

- 1) diazepam per via endorettale con i seguenti dosaggi:
 - 1/2 fiala nei bambini < 3 anni
 - 1 fiala nei bambini > 3 anni
- 2) genitori informati sul trattamento (somministrazione per via rettale con siringa o catetere; dose ripetibile dopo tre-cinque minuti se la crisi non è risolta)

- cose cattive

- 1) trattare con diazepam orale o altri farmaci la C.F. semplice
- 2) genitori non informati circa il trattamento della C.F.

Ricovero

- cose buone

- 1) in pronto soccorso se la crisi non si arresta dopo la II som-

ministrazione di diazepam

2) durata del ricovero non > 12 ore per bambini > 1 anno e non > di 24 ore nei bambini sotto l'anno di età

- cose cattive

1) ricoverare un bambino dopo una crisi di C.F.
2) durata del ricovero prolungata (vedi sopra)

Note

Nota 1 - si considera complessa una crisi convulsiva con le seguenti caratteristiche: crisi focale; crisi di durata > 20 minuti; crisi subentranti

RICERCA IN PROGRESS



Intervista convulsioni febbrili

data intervista.....
nome.....
data di nascita.....
indirizzo..... telefono.....
intervistato/a (grado di parentela).....

episodio convulsivo:

N° episodio data..... età.....

segni/sintomi all'esordio:

febbre < 38,5 febbre > 38,5 non so altro

precedenti convulsioni febbrili

sì (età l'episodio:.....) no non so

precedenti convulsioni afebrili

sì (età:.....) no non so

progresso danno neuropsichico

sì (quale:.....) no non so

esiti conseguenti all'episodio

sì (quali:.....) no non so

ricovero

sì no

decisione del ricovero presa da:

familiari pediatra di base / medico di famiglia

medico ospedaliero

motivazione del ricovero:

primo episodio la crisi non si arrestava spontaneamente

la crisi non si arrestava dopo la prima dose di diazepam

la crisi non si arrestava dopo la seconda dose di diazepam

altro.....

luogo del ricovero

P. S. generale P. S. pediatrico clinica gen. / pediatria

durata del ricovero

in giorni

esami o interventi fatti in ospedale:

esami del sangue esami urine EEG TAC ECO

RX flebo / terapia e.v. terapia antipiretica

terapia antibiotica altro non so

EEG

no sì

quando?

entro 24 ore dalla crisi dopo qualche giorno dall'episodio

dopo un mese dall'episodio

come controllo di un primo EEG risultato patologico

dopo un episodio convulsivo complesso non so

esito:

normale patologico non so

EEG precedenti

sì, esito

no non so

profilassi

sì no

continua discontinua

farmaco

dosaggio

da quanto tempo periodo previsto.....

motivazioni per eseguire la profilassi

EEG patologico familiarità per C.F.

familiarità per epilessia basso peso alla nascita

numero già alto di recidive

rischio di sviluppare una epilessia non sa

altro

conoscenza del problema

causa scatenante la C.F.

febbre altro non sa

conseguenze o rischi di una convulsione febbrile

nessuna danni al cervello morte altro..... non sa

cosa fare nel caso insorga un'altra crisi

chiamare un medico portarlo all'ospedale

dare subito il diazepam altro..... non so

terapia delle recidive

diazepam + siringa e catetere in casa? sì no

conoscenza precisa del da farsi in caso di nuova crisi?

sì no

NOTE

Nota 1 - Trattamento domiciliare della crisi convulsiva in atto:

- diazepam 1/2 fiala, età < 3 anni

- diazepam 1 fiala, età > 3 anni

- somministrazione per via rettale con siringa o catetere

- dose ripetibile dopo 3-5 minuti se la crisi non si risolve

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

Chi desidera partecipare alla ricerca può telefonare all'ufficio cooperazione di Trieste :

040/3785236 e chiedere di Anna, Silvia o Sandra.

ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

PROGRAMMA DEI PROSSIMI INCONTRI:

- ✓ 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
- ✓ CORSO DI FORMAZIONE SU LA PEDIATRIA DI
COMUNITA' NELLE REGIONI MERIDIONALI
Soverato - 15-17 dicembre 1994
- ✓ CORSO DI FORMAZIONE A METODICHE VALUTATIVE PER
PEDIATRI OSPEDALIERI
Cesena - 20-22 aprile 1995
- ✓ CORSO DI FORMAZIONE IN PEDIATRIA DI EMERGENZA:
BAMBINI NELLE CATASTROFI
Milano - 20-21 maggio 1995

PROGRAMMA DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

- ✓ - ADOTTA THE "KANGAROO"
Per informazioni: Roberto Iuli
Ufficio Cooperazione Internazionale Istituto Burlo Garofolo - Trieste
- ✓ - PROGETTO COLLABORATIVO ITALIA - ALBANIA
Per informazioni: Giorgio Tamburlini
Ufficio Cooperazione Internazionale Istituto Burlo Garofolo - 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