

Aquaderni P

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

GLI ESCLUSI

Si è detto che i bambini sono ormai considerati "indicatori economici"

aggiungo che i bambini sono "indicatori etici" della società, cioè ne mettono in evidenza la

salute mentale o la follia a partire dal valore che si dà alla dignità umana...

Nulla può giustificare che ogni ora, in Brasile, muoiono più di trenta bambini al di sotto di un anno.

Julio Lancellotti



SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



GIULIANI S.A. - Lugano (Svizzera)
Rappresentante per l'Italia **Bracco s.p.a.**

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

Direttore: Giancarlo Biasini
 Corso U. Comandini, 10 - 47023 Cesena
Responsabile: Franco Dessì
Redazione: Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Salvo Fedele, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Paolo Siani,
 c/o Salvo Fedele, Via Galileo Galilei, 99 - 90145 Palermo
 Tel (091) 20.15.53 - Fax (091) 40.66.86 - E-mail: sfedele@mbox.vol.it
Segreteria di redazione: Giuseppe Montedoro
Le illustrazioni: Mauro Monaldini - Telèma anno I estate '95 - Editore Fondazione Ugo Bordoni
La foto di copertina è di: Sebastião Salgado - Magnum
Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta
Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.
 via Mogadiscio, 2/c - 90135 Palermo - Tel. 091/224847
Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c. via Maqueda, 110 - 90134 (PA)
Pubblicità: Comunicazione P.R. Viale Boezio, 4 - 20145 Milano
 Tel. 02/33604500
 Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89
 Rivista bimestrale Anno 2 - n° 5/6 - Settembre - Dicembre 1995
 L'editore riconosce i diritti ai legali aventi diritto.
 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

Quaderni ACP è la rivista dell'Associazione Culturale Pediatri. È suddivisa in due sezioni: *Quaderni* e *Ausili Didattici*. La sezione *Quaderni* pubblica oltre a notizie sull'ACP e lettere dei lettori, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici e infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici e letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica, altresì, brevi ricerche dedicate esclusivamente ai problemi dell'area delle cure primarie. La sezione *Ausili Didattici* pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

S O M M A R I O

- 4 VII Congresso nazionale ACP
Giancarlo Biasini - Paolo Siani
- 6 Los Esclusos
Julio Lancelotti
- 9 Hutu e Tutsi: L'alternò genocidio
Arturo Alberti
- 10 Tenere i bambini diabetici fuori dall'ospedale
G. Cerasoli e coll.
- 12 L'identikit del neonato a rischio sociale
R. Arsieri e coll.
- 16 Possiamo mungere le case di latti?
Franco Dessì
- 17 Ancora sul mercato dei latti
Giancarlo Biasini
- 18 Cause di morte in età pediatrica
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 22 Il brutto anatrocòlo
Meg Harris Williams
- 24 Mille modi per crescere i bambini
Meredith F. Small
- 26 Libri
Le recensioni di Nicola D'Andrea
- 32 AUSILI DIDATTICI
Sommario

EDITORIALE

IL SOGNO AMERICANO

A metà settembre il senato degli USA, decisamente a maggioranza repubblicana, ha drasticamente ridotto gli stanziamenti per il Medicare, che in qualche modo, più male che bene, assiste 35.000.000 di americani, anziani e disabili. Il risparmio progettato è enorme: 270 miliardi di dollari in 7 anni. Di questi 270 mld 23 sarebbero tagliati dai compensi ai medici. Provate a fare i conti in lire! A fronte di questi risparmi la maggioranza repubblicana ha previsto delle incentivazioni e degli sgravi fiscali per le assicurazioni volontarie. Le polizze sarebbero comunque estremamente costose (proprio perché assicurano i grandi rischi) e difficilmente pagabili dal cittadino medio. Il programma federale "Aiuti ai bambini inabili", che è stato finora finanziato con 23 miliardi di dollari all'anno per 14 milioni di famiglie, sembra dovere essere abolito come finanziamento federale e lasciato alla discrezione degli stati dell'unione: anzi questo programma è diventato l'obiettivo principale degli attacchi dei repubblicani che lo dipingono come un sostegno ai fautori dei disordini nelle periferie. I democratici hanno detto che si è realizzata la *Medicaidizzazione* del Medicare, alludendo alle tradizionalmente basse prestazioni assistenziali del Medicaid, che è il programma assistenziale per i poverissimi e del quale pochi professionisti hanno accettato le convenzioni da fame. Va detto, però, che impauriti dalla reazione dell'American Medical Association, i senatori repubblicani hanno promesso, "politically astutely", - così han commentato i medici - forme di compenso più generose e controlli (per esempio sui laboratori del self help) meno severi. I senatori Ted Kennedy e Patrick Moynihan hanno detto, al senato, che è finito il *sogno americano* di guerra alla povertà. Moynihan ha detto: "se questa assemblea vuole correre indietro nella storia, come chi va contro l'impegno dello stato verso i bambini disabili, lo farà senza di me. Non voglio essere associato a questa impresa".

Ogni sistema di sicurezza sociale è un sistema di redistribuzione del reddito; ogni colpo infertogli è, pertanto, un moltiplicatore delle differenze sociali. Negli USA i super ricchi sono il 5%, i ricchi sono il 15% e, secondo il New York Times, la legge del senato aumenterà il divario non solo fra i ricchi e la underclass (i poverissimi) ma fra i super ricchi - che oggi detengono un terzo della ricchezza nazionale - e tutti gli altri. Secondo il tribuno di colore Jesse Jackson questa legge istituzionalizzerà la doppia pista: *one to jail, one to Yale* (chi in carcere, chi alla Yale University). I repubblicani - come tutti coloro che tagliano le spese per l'assistenza in tutto il mondo - sostengono che il peso dei milioni di assistiti è troppo elevato per l'economia americana e dichiarano che alla redistribuzione del reddito si dovrà giungere con la riforma del fisco; ma qualcuno fa notare che, nel frattempo, il problema si risolverà da solo: con la morte della underclass e la trasformazione dei cittadini della middle class in poveri. Il salario medio *reale* dell'industria è sceso, infatti dal 1973 ad oggi, da 474 a 385 dollari la settimana. Ciò ha costretto le donne a uscire di casa per lavorare e solo grazie a ciò si è contenuta la caduta salariale sui 690 dollari la settimana per famiglia.

Ciò ha, però, comportato un non lieve scadimento della qualità della vita nelle famiglie, specialmente per bambini ed adolescenti. Clinton ha detto che, l'anno prossimo, alle elezioni presidenziali, la scelta sarà fra l'America della esclusione e quella della inclusione. Ma bisognerebbe capire quanto della battaglia di Clinton è funzionale alla campagna elettorale e quanto è vera affezione alla eguaglianza dei diritti sanitari.

Il miliardario M. Forbes, re dei *media*, ha messo a disposizione della sua candidatura 40 miliardi di lire. E Clinton ha paura.

L'America della esclusione ha già vinto?

G. B.

Depositato presso il Ministero della Sanità il 12-12-94

UN CONVEGNO ... SANO E NUTRIENTE...

“Ma è giusto farsi sponsorizzare? Non si può trovare un modo diverso per andare ai congressi, fare ricerca, fare il giornale?” “L’industria farmaceutica è un nemico o è una parte con cui bisogna confrontarsi? Certamente noi tutti vogliamo farmaci sempre più sicuri ed efficaci; quello che non vogliamo è essere condizionati, essere meno “veri” nelle cose che facciamo o che diciamo. E’ possibile trovare nuove forme di finanziamento per le nostre ricerche senza il troppo facile intervento delle case farmaceutiche?” Probabilmente sì, ed è in quest’ottica che va letta l’iniziativa della redazione di Quaderni “Adotta un pediatra” (di cui leggerai in altra parte della rivista) che senza rinunciare del tutto al contributo delle industrie farmaceutiche cerca forme diverse (di autofinanziamento) per realizzare il giornale.

Di tutto questo e con grande passione oltre 200 pediatri hanno discusso durante l’assemblea dei soci ACP che si è svolta

nel corso del VII convegno dell’Associazione a Tabiano Terme dal 13 al 15 ottobre. Anche quest’anno l’assemblea è stata seguita da un numero consistente di persone, con numerosi interventi, e con grande partecipazione, assemblea che qualcuno tra il pubblico ha definito “l’assemblea della speranza,” in cui sono stati affrontati anche altri problemi, dai rapporti con la SIP, al modo con cui i gruppi periferici sono organizzati, al ruolo dei singoli, alla funzione di avanguardia dell’ACP nell’ambito della pediatria italiana.

Un convegno quello di Tabiano, in un’atmosfera che è stata definita “feconda e spontanea”, realizzato con una sola sponsorizzazione farmaceutica e con il contributo delle Terme e di alcune industrie alimentari locali. Nelle sale dell’Hotel Astro dove si è svolto il convegno non c’erano stand pubblicitari, non si regalavano gadget, non c’era il consueto “shopping” tra gli stand (consueto non per i convegni ACP), c’era una bella tavola con una grande forma di parmigiano che gli oltre 400 pediatri intervenuti al Convegno da ogni parte d’Italia hanno apprezzato fino in fondo.

Un convegno da questo punto di vista certamente sano e nutriente con brillanti relazioni; molto apprezzate quelle tradizionali e seguite con grande partecipazione quelle in cui venivano riferiti i risultati di ricerche originali dell’ACP sull’allattamento al seno o sul progetto pertosse e quelle che affrontavano argomenti sociali (a cui tutta l’associazione è sempre più attenta), di pediatria di comunità (di cui soprattutto, o forse

solo, l’ACP parla) e organizzativi.

Le critiche: qualcuno tra i partecipanti ha lamentato poco spazio per i gruppi di studio e poco interessanti alcune ricerche in pediatria di base (forse la formula va rivista).

Un buon congresso ben organizzato dai colleghi di Reggio Emilia con una formula interessante (ma non del tutto nuova per l’ACP) dell’iscrizione con tutto compreso (vitto e alloggio) ad un prezzo accessibile, che ha fatto sì che si stesse sempre tutti insieme. Ai congressi ACP si respira sempre un’aria familiare che favorisce lo scambio di idee e la partecipazione attiva di tutti. Forse è proprio questa la vera forza dell’ACP che rende i nostri congressi sempre più concreti, in cui si parla dei problemi veri della pediatria e sempre meno accademici.

Si è sentita, infine, l’esigenza di una proposta organica da parte dell’ACP in tema di politica sanitaria che sia espressione sia delle esigenze degli iscritti (ormai quasi 2000) sia delle capacità dei grandi vecchi di ridisegnare una pediatria possibile, che non rinneghi il passato dell’ACP ma che sia compatibile, ai livelli più alti, con i nuovi scenari italiani di politica ed economia sanitaria.

Prossimo appuntamento a Verona tra un anno.

Un anno in cui molte cose, probabilmente, cambieranno nel nostro paese e di riflesso anche nella nostra vita professionale, ma molte sono già cambiate (basti pensare al nuovo sistema di pagamento dei ricoveri ospedalieri, alla nuova organizzazione sanitaria - non più USL ma ASL, alla riorganizzazione della pediatria territoriale o di comunità, che al sud è ancora molto carente - e tutte queste trasformazioni troveranno spazio nei lavori del prossimo convegno. Infatti lo spirito che anima sempre più i convegni e forse tutte le attività dell’ACP, negli ultimi anni, è quello di avere pediatri aggiornati, attenti ai cambiamenti, che come abbiamo scritto nell’ultimo numero della rivista, siano a conoscenza delle tossicodipendenze e della filosofia della gang almeno come del morbillo o della celiachia.

Paolo Siani

Il Prof. Giancarlo Biasini al congresso nazionale dell’ACP, ha svolto, con rara eleganza la sua relazione ai soci



Spontaneismo versus organizzazione

Al congresso nazionale dell'ACP si è discusso sulla struttura della associazione.

Nella mia relazione (*Quaderni ACP 1995:3/4 pg 7*) era contenuto l'invito ai gruppi perché venisse istituito un rapporto, nelle singole regioni, fra gli iscritti non aderenti ai gruppi ed i gruppi stessi. Nella relazione di Dessì gli iscritti all'ACP non aderenti ai gruppi ammontavano ad alcune centinaia, e il problema non mi sembrava insignificante. Del resto ci sono parecchi amici del consiglio direttivo e "reggenti" di segreterie non iscritti ai gruppi. Suggestivo, pertanto, di attivare la istituzione di agili organismi regionali in modo da permettere agli iscritti singoli di partecipare al circuito associativo. Ricordavo, anche, che gli organismi regionali di collegamento fra i gruppi avevano fallito tale compito in quanto, col coordinamento, chi dai gruppi è fuori, fuori rimane.

In sede di assemblea ho fatto anche notare come la esclusione dei singoli dai circuiti dei gruppi, o la loro utilizzazione episodica come docenti o relatori (si tratta sempre di ospedalieri e di universitari), poteva portare l'ACP verso una progressiva "pediatribassazione" che è cosa che, almeno, a parole tutti diciamo di volere evitare. Stiamo, infatti, con qualche successo costruendo un gruppo ospedaliero, attivo sul piano della valutazione fatto di persone tutte fuori dai gruppi. Alcuni amici autorevoli, in sede di congresso, hanno ritenuto che la istituzione di microstrutture regionali avrebbe compresso la attività, la crescita e la spontaneità dei gruppi locali che sono, io stesso lo sottolineavo, la ricchezza dell'ACP. Preservare, quindi, lo spontaneismo che potrebbe essere schiacciato dalla organizzazione. I rappresentanti dei gruppi intervenuti nella discussione hanno teso a sottovalutare il problema. Pochi amici, anzi pochissimi, hanno convenuto con me. Di fronte ad un dissenso così netto la mia ipotesi era destinata a cadere, e penso che i gruppi continueranno, legittimamente, a fare quello che hanno sempre fatto ed i singoli a conservare solo un rapporto affettivo con l'ACP. Ma dato che il mio osservatorio è diverso di quello degli amici che sono intervenuti nella discussione, e che giudicavano dell'ACP più sulla base della "storia" che della "realtà" (sono storicista, ma non al punto di confonderla), ho creduto di dovere affidare a *Quaderni ACP* queste righe perché tutti gli iscritti, gruppi e no, possano ragionarci o semplicemente possano conoscere qual'è, in proposito, la mia non condivisa opinione. O, anche solo per consegnarla alla carta, a futura memoria.

Giancarlo Biasini

La cultura ACP verso una nuova grandeur

Riceviamo dal nostro inviato clandestino al Congresso e volentieri pubblichiamo.

Il congresso ACP ha segnato davvero l'inizio di una nuova era; ACP, Atto secondo, titolavamo nel numero scorso, ma non pensavamo a una tale grandeur culturale e manageriale. Pasquale Alcaro si è pronunciato per la fine di ogni entrata pubblicitaria.

Franco Panizon ha auspicato la chiusura delle iscrizioni e la restituzione delle quote versate negli ultimi dieci anni. Il modello di questa nuova era è diventato Leo Venturelli, proposto presidente onorario per le qualità dimostrate. Leo non solo è riuscito laddove anche Panizon aveva fallito: non iscrivere nessuno del suo gruppo di lavoro all'ACP, ma ha realizzato il nuovo miracolo italiano (di berlusconiana memoria): iscrivere al suo gruppo di lavoro, l'unico socio ACP a Bergamo, facendosi pagare da Dessì 15.000 lire. Il presidente Biasini ha giudicato regolare tale operazione di alta finanza. Roberto Buzzetti è rimasto da quel momento, come pietrificato al tavolo del direttivo trasformandosi in una statuetta di cera russa. La grandeur ha raggiunto un momento significativo quando Franco Dessì è riuscito a dimostrare che, abbandonando i tradizionali lucidi, si poteva fare peggio con meno stipando in un'unica diapositiva il contenuto di una intera scatola di lucidi. I congressisti sono rimasti entusiasti dell'agglomerato di colori e hanno approvato tutto. C'è stato qualche momento di incomprensione quando Pasquale si è schierato per i BOT e Leo per i CD ma l'assemblea si è dichiarata d'accordo con entrambi e ognuno è tornato a casa convinto del proprio personale successo. Leo ha riposto il CD in tasca e Pasquale non riusciva a capire come a qualcuno venisse in testa di sottoscrivere, con i soldi di tasca sua, Certificati di Deposito bancario al posto dei tradizionali BOT; congelate Venturelli, ha urlato l'intellettuale meridionalista, in un momento di comprensibile esasperazione. L'assemblea ha applaudito e tutti si sono dichiarati d'accordo con entrambi i contendenti. Questo è lo spirito ACP, ha commentato soddisfatto il presidente. Nel frattempo i pensieri del pediatra dei pediatri (professor Franco Panizon) erano tutti rivolti a Ventura (in presenza di Tamburlini), a Tamburlini (in presenza di Ventura), ai suoi figli (veri) in presenza di Tamburlini e Ventura. Non abbastanza martirizzati i congressisti hanno accolto con entusiasmo la ricerca ACP su il "Saper fare allo stesso prezzo di quelli che fanno male, facendo male lo stesso". L'ovazione della platea ha raggiunto momenti di alto autolesionismo quando Apicella ha proposto l'omeopatia come modello di vita. Alcuni retroscena nei corridoi del congresso vanno segnalati per dare un'ulteriore dimostrazione dello spirito che aleggia nella nuova era: alcuni venali redattori di *Quaderni ACP* avevano timidamente fatto richiesta di un piccolo rimborso spese ma su questo c'è stata una presa di posizione durissima di Franco Cofferati che ha stigmatizzato tale richiesta definendola indegna anche di "Aquila selvaggia". Pino La Gamba non si è ancora ripreso dalla lezione etica infertagli dal segretario Nazionale della CGIL; Paolo Siani ripete da allora, in balia a una strana cantilena: 1,2,3..., tra i corridoi del suo austero ospedale e ad ogni semaforo di Napoli versa un obolo sperando di finire al più presto sul lastrico. È affidato all'allegro Cirillo, che si rifiuta di adottarlo ma non smette di stargli vicino, nella speranza di redimere la sua anima peccaminosa. Dante Baronciani, dati epidemiologici alla mano, così ha replicato a chi gli proponeva un collegamento telematico: "La comunicazione elettronica è un contatto istantaneo e illusorio che crea un senso d'intimità senza l'investimento emotivo che porta alla nascita di una vera amicizia". La profonda oscurità di tale affermazione, nonostante l'elevato Q.I. medio dei presenti, è stata interpretata così da un autorevole esponente del Gotha: "non molte forme di comunicazione possono competere, con quella sessuale".

Il momento più alto del congresso, quello che unifica doti culturali e imprenditorialità vera è stato raggiunto da Tozzi che ha introdotto un nuovo concetto statistico: le differenze colorimetriche tra dati non statisticamente significativi. Questa è grandeur e io posso dire: "quel giorno ero lì ad ascoltare". Questo è stato il vero apice del congresso e tutti hanno pregato per il vaccino svizzero assente, unico vero responsabile dei mali del mondo: dalla Bosnia al Rwanda.

Su questo punto Alberti ha redatto proposto e approvato all'unanimità la mozione conclusiva.

A quel punto tutti sono tornati a casa senza rinunciare a respirare (a pieni polmoni) il buon odore dell'acqua di Tabiano.

Los esclusos

di Julio Lancellotti

Quella che presentiamo è uno stralcio della testimonianza offerta da padre Julio Lancellotti dell'arcidiocesi di San Paolo (Brasile) al seminario "Nord-Sud: L'essere umano come variabile dipendente? I bambini come indicatori economico" organizzato dalla fondazione Lelio Basso a Napoli, nella Sala dei Baroni del Maschio Angioino il 24-25 Giugno 1994; "La testimonianza di padre Lancellotti è stata resa con voce sommessa, senza appunti scritti, in posizione immobile, il volto sorretto dal braccio sinistro, il destro abbandonato sul tavolo. Senza un'ombra di retorica." (1). È pubblicata per intero a cura di Linda Bimbi, dalle EDIZIONI DELLA BATTAGLIA, Piazza Meschita 20, 90133 Palermo; il prezzo del volume è di lire 7000.

(1) dalla presentazione al volume di Linda Bimbi.

Vengo da un paese che ha oggi 150 milioni abitanti e dove, pochi giorni fa, una madre nella periferia di Recife, che è una delle grandi città del Nordest del Brasile, città piuttosto ricca, una madre, dunque, ha mangiato carne umana.

Lei che lavora tra i rifiuti, che, là ha trovato un pezzo di carne e l'ha portato a casa e l'ha fritto. Alcuni vicini hanno notato che usciva da quella carne un grasso strano e le hanno detto: "ma questa è carne umana!". Lei ha risposto: "ma io ho tanta fame! io e mio figlio... anche se è carne umana la mangio lo stesso". Era la carne di un seno che era stato buttato nei rifiuti dell'Ospedale di Recife. E' questo seno che quella donna e suo figlio hanno mangiato pochi giorni fa.

Vengo da un paese dove gli esclusi già mangiano carne umana e dove poco tempo fa un bambino del Nordest del Brasile che moriva di fame chiese a sua madre: "Mamma, ma in cielo c'è il pane?" Già, siccome non c'è pane qui sulla terra, il bambino sognava che almeno in cielo si potesse mangiare il pane.

Si è detto che i bambini e gli adolescenti sono ormai considerati "indicatori economici"; aggiungo che i bambini e gli adolescenti sono "indicatori etici" della società, cioè ne mettono in evidenza la salute mentale o la follia a partire dal valore che si dà alla dignità umana(...). Nulla può giustificare che ogni ora, in Brasile, muoiano più di 30 bambini al di sotto di un anno.

Secondo i dati dell'IBEA, l'Istituto Brasiliano di Economia Applicata, che ha realizzato la Mappa dell'Infanzia, sappiamo che ci sono 15 milioni di indigenti bambini e adolescenti, in un universo di 32 milioni di indigenti. Il governo brasiliano considera "miserabile" chi ha una rendita di 20 dollari al mese. Questi 15 milioni di bambini e adolescenti sono indigenti, cioè stanno sotto la soglia della miseria. Dei 32 milioni di indigenti che sopravvivono nella società brasiliana, 6 bambini su 10, al di sotto di un anno, vivono in case dove non ci sono condizioni igieniche minime. Soltanto poco più della metà della popolazione infantile e giovanile ha la possibilità di bere acqua che sia stata filtrata e che comunque sia acqua corrente in casa; più del 15% dei bambini, minori di 5 anni, soffrono di cronica denutrizione; più del 50% dei bambini e degli adolescenti vivono in famiglie con un reddito pro capite che corrisponde alla metà del salario minimo (1); circa 4 milioni di bambini, dai 7 ai 14 anni, che appartengono a famiglie escluse, non frequentano la scuola, soprattutto nelle periferie urbane e nelle zone rurali. Il sistema scolastico è altamente selettivo e, su 100 bambini iscritti al primo anno, solo 47 arrivano al quarto anno delle elementari e appena 20 concludono il primo grado di scolarizzazione.

In Brasile c'è un massacro al giorno. (...)La polizia militare, soltanto a San Paolo, uccide una persona ogni 7 ore. Ogni 7 ore una persona è giustiziata. Così è scritto nel "Rapporto sui Diritti Umani" del rapporto Pastorale della Terra. Si tratta di eliminazioni sommarie di minorenni a san Paolo. Le statistiche mostrano che il

54% delle persone giustiziate dalla polizia non ha precedenti penali. La nostra è una polizia che uccide gli innocenti.

(...)Io domando: in nome di quale sistema economico si uccide in Brasile?

È compatibile con il sistema neo liberista la garanzia di una qualità della vita per tutti? Il sistema neo liberista, con i suoi criteri di gestire l'economia, offre davvero possibilità di vita per tutti gli esseri umani? Si dice che il Brasile produca a sufficienza per nutrire 150 milioni di abitanti; invece sappiamo anche troppo bene che l'economia brasiliana è pianificata solo per 60 milioni di persone. Gli esclusi non contano.

Nell'ambito della esclusione, c'è un dato di fatto che può apparire a prima vista strano: è il corpo dell'escluso. Visitando l'Italia, mi hanno portato a vedere belle chiese, castelli, monumenti, pitture, tutte cose bellissime, documenti storici. Noi chiamiamo alcune parti della città "centri storici", dove ci sono i castelli come questo dove siamo riuniti. Ma tutte queste bellezze sono i documenti storici dei potenti, dei vincitori. Dove sono i documenti storici degli esclusi? dove sono i documenti storici dei miserabili? Non è rimasto nulla di loro, nessun monumento. Gli esclusi hanno lavorato per costruire questi monumenti; ma poi la sala è la sala dei Baroni e il Castello e i Palazzi sono dei Re.

(...)Il grande impegno etico del nostro lavoro è collocare l'escluso al centro delle nostre attenzioni, accorgerci di come l'escluso pensa, agisce, lotta per la sopravvivenza, come vede il mondo e come il mondo lo vede. Cercare di capire questo senza essere noi degli esclusi, cercare di capire qual è la cosmo-visione degli esclusi e come possiamo diventare loro alleati, rinunciando al nostro pensiero di Primo Mondo, centro e nucleo generatore di ogni nostra riflessione.

Vorrei dire qualcosa che mi sembra molto importante: nonostante le considerazioni che vado facendo con voi quando vi mostro la situazione di morte in lotta con la vita in Brasile, c'è una speranza. In Brasile noi la chiamiamo *speranza disobbediente* cioè speranza che si ostina a testarda, che sussiste anche senza ragione apparente... è una speranza che marcia anche se ci tagliano i piedi, che ci unisce anche se ci tagliano le mani, una speranza che cerca di intravedere la strada anche se ci strappano gli occhi, che vive anche

colpita al cuore. È, una speranza di *esclusi* che si costruisce giorno dopo giorno nella pratica delle comunità ecclesiali di base, dei movimenti popolari, dei centri di diritto e difesa dei bambini e degli adolescenti. Una pratica che è lotta.

Vedete, in Brasile non c'è guerra civile perché una guerra civile suppone che le due parti siano armate; in Brasile c'è un massacro, perché solo una parte è armata, solo una parte uccide, massacrando... e purtroppo spesso questa parte è finanziata dalla popolazione stessa. La polizia militare di San Paolo è lo squadrone ufficiale della morte, finanziata dalla popolazione per uccidere gli *esclusi*, quelli che sono scomodi, che disturbano; è la polizia militare che uccide una persona ogni 7 ore nel governo democratico dello Stato di San Paolo (parte Est) il cui governatore è Fleury, cioè l'ex capo della polizia. La polizia militare è connivente con la prostituzione infantile. Tutti gli alberghi dove c'è la prostituzione infantile a San Paolo sono protetti dalla polizia, che ogni settimana riceve il pagamento per questa protezione. Il narco-traffico è protetto dalla polizia. Oggi non è possibile capire la situazione del bambino, dell'adolescente in Brasile senza comprendere questo trionfo: violenza, prostituzione, narcotraffico. A San Paolo per poter operare socialmente in alcune zone di maggiore esclusione siamo costretti a fare degli accordi con i narcotrafficcanti; alcuni agenti di pastorale entrano in alcune aree perché i narcotrafficcanti lo permettono, perché ancora tollerano il lavoro degli operatori di pastorale.

I servizi a Rio De Janeiro, persino i servizi pubblici, sono stati assunti dai narcotrafficcanti; sono loro che aprono asili nido, scuole, centri di ricreazione per bambini. Questa non è una politica pubblica dello Stato ma un'azione dei trafficanti di droga che sono capaci di organizzare feste con più di diecimila partecipanti nelle piazze della città, che riuniscono tutta la popolazione e distribuiscono alimenti, giochi ai bambini. Questo ormai già accade nella città di San Paolo e la polizia civile è connivente con questa situazione, collabora sia con i narcotrafficcanti sia con i *giustizieri*. Le bambine che vivono nella prostituzione vengono trasferite ai vari distretti della polizia e giocate a sorte. I poliziotti vogliono sapere con chi manterranno rapporti sessuali e obbligheranno le bambine alla pratica del sesso

orale. Questo accade normalmente nei distretti di polizia del centro della città di San Paolo. Le autorità ci chiedono di consegnare la lista con i nomi dei poliziotti che fanno queste cose; ma le autorità sanno bene che noi non possiamo farlo. Ce lo chiedono per ipocrisia: sanno bene che dal momento in cui consegnassimo una lista di questi nomi le bambine sarebbero uccise e gli agenti di pastorale sarebbero minacciati e scomparirebbero. Noi saremmo costretti a togliere da queste aree i nostri operatori. Abbiamo denunciato questi fatti e indichiamo le aree della città dove questo accade affinché la polizia faccia le sue inchieste. Chi ha potere di fare inchieste, di aprire inchieste, è la polizia, non è la Chiesa, non sono i movimenti popolari, né gli operatori di pastorale. Noi siamo costretti a parlare tante volte con i narcotrafficcanti affinché non uccidano, né impongano uccisioni. I bambini, a partire dai sei anni, già lavorano per i narcotrafficcanti, le bambine che sono portate alla prostituzione vivono come schiave in alberghi situati in pieno centro della città; la polizia sa dove sono questi alberghi, il capo della polizia sa che i suoi sottoposti ricevono denaro dalla prostituzione e dal narcotraffico.

Il governo sa tutto, è al corrente ma la polizia militare è segnata dal marchio dell'impunità per i delitti che commette perché in Brasile esiste un Tribunale d'eccezione, un Tribunale straordinario che si chiama Tribunale Militare. Un membro della polizia che commette un delitto comune è considerato come se avesse commesso un delitto militare e quindi giudicato dal tribunale Militare. I poliziotti sanno che in questi Tribunali Militari saranno addirittura premiati e assolti per i delitti che hanno commesso. Fino ad oggi, nessun poliziotto è stato condannato per il massacro nel carcere di Carandirù dove 111 prigionieri furono sommariamente assassinati. Uno dei colonnelli che diressero il massacro è adesso nel centro della città di San Paolo, organizza il lavoro con i bambini di strada nel centro di San Paolo. Con quale obiettivo? Molti bambini sono scomparsi e pochi giorni fa abbiamo scoperto cosa la polizia fa per non far apparire quante sono le vittime delle esecuzioni sommarie. (...) *Lo Statuto del bambino e dell'adolescente*, che è stato la nostra maggior vittoria, la vittoria della società civile, contiene la nostra proposta che si

chiama "difesa della cittadinanza". Per noi il concetto di cittadinanza è ampio e molto importante perché suppone diritti e doveri. Il concetto di cittadinanza è un concetto che noi abbiamo difeso. Noi cerchiamo di difendere la cittadinanza dei nostri bambini e adolescenti, vogliamo che siano considerati cittadini, soggetti di diritti e di doveri, e il primo dovere del cittadino è di conoscere i suoi diritti.

Il governo brasiliano, nonostante abbia firmato la Dichiarazione dell'ONU per la difesa della cittadinanza e dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, nonostante abbia realizzato proprio in Brasile il cosiddetto "patto per l'infanzia" (che è un impegno a diminuire la mortalità infantile), bene, il governo brasiliano non obbedisce allo Statuto del bambino e dell'Adolescente. La mortalità infantile in Brasile aumenta del 13% nelle aree del Sud e del 48% nelle aree del Nord e del Nordest; ma il governo brasiliano si è impegnato a diminuire la mortalità infantile... In Brasile siamo in tanti a lottare, le ONG per esempio. Lottiamo per lo Stato di diritto, lottiamo in un'epoca in cui abbiamo una Costituzione, in cui si dice che esiste una Democrazia, noi lottiamo per ottenere uno Stato di diritto, lottiamo perché le leggi siano obbedite. La nostra pratica quotidiana con i bambini e gli adolescenti è una pratica dove essi percepiscono in maniera molto conflittuale che sono soggetti di diritto, perché la nostra forma di educazione comunitaria è una educazione alla cittadinanza, è un'educazione politica, un'educazione solidale dove adottiamo metodi non di competizione ma di solidarietà, dove i bambini cominciano a sperimentare quello che noi speriamo per loro.

(...)Noi non utilizziamo il concetto ormai superato che il bambino è l'avvenire, noi diciamo che il bambino è il presente perché pensare che il bambino è il futuro ci sembra un modo molto utilitarista di affrontare il problema; è importante difendere il punto di vista che il bambino è il presente e che ha bisogno di vivere oggi, di mangiare oggi, di giocare oggi, di essere rispettato oggi. I nostri bambini sono *esclusi* non perché sono ignoranti o perché sono figli di gente che lavora poco, perché sono neri, perché sono immigrati; sono *esclusi* perché questa è la logica del neo-liberismo: questa è la logica del sistema economico: è la logica che noi viviamo. E noi lottiamo per rompere

questa *esclusione*. Vedete, è come se i G7 e quelli che non sono *esclusi* imbandissero una bellissima tavola per una cena e allora gli esclusi vanno a rompere il loro vasellame, a strappare le tovaglie, a togliere l'equilibrio alle tavole anche segando le gambe e poi rovesciando tutto fanno scempio del cibo. Vedete, coloro che *non* sono *esclusi* devono sopportare almeno questo, perché gli *esclusi* sono scomodi, disturbano, fanno disordine civile; gli *esclusi* fanno un disordine civile e gridano e gli altri dovranno accorgersi che gli *esclusi* sono scomodi più di quanto essi pensassero. Allora, ritengono necessario far tacere questi *esclusi*. Noi non vogliamo tacere; vogliamo camminare. E come illustrazione pratica di questo cammino voglio raccontarvi un fatto...

Nell'aprile scorso durante la settimana santa, come tutti gli anni, i bambini *esclusi* di San Paolo hanno fatto una grande marcia verso il centro della città. Erano 2.500 e hanno fatto una *via crucis* dell'adolescente e del bambino. Uno del bambino della marcia apparteneva a un gruppo che aveva fatto un'occupazione di terra. Noi non usiamo il termine "invasione di terra", i potenti dicono invasione, noi diciamo occupazione... è una questione fisica: ogni corpo deve occupare uno spazio e quelli che non hanno uno spazio hanno bisogno di occupare uno spazio vuoto. Il bambino degli *ocupantes* portava una grande croce e tutti gli altri portavano croci piccole nelle mani; però non camminavano tristi mentre portavano la croce, anzi cantavano pieni di speranza e avevano dei manifesti che mostravano le loro denunce e il loro grido profetico, perché gli *esclusi* sono sempre profeti, profeti di un nuovo tempio e di un nuovo ordine.

Il primo posto dove ci fermammo fu di fronte all'edificio dove funziona un organo del governo dello Stato di San Paolo che si chiama Sos Crança, cioè Sos Bambino. Questo organo avrebbe per statuto l'obbligo di difendere i diritti dei bambini; però in quel luogo ogni giorno gli adolescenti arrivano con le manette e già torturati, perché, lo sapete, la polizia di San Paolo tortura. Tutti i mezzi mobili di trasporto della polizia sono anche centri di tortura; e la polizia tortura con lo shock elettrico: alle bambine collocano il filo dell'elettroshock nel seno e poi il filo è legato a una piccola macchina che dà una scarica elettrica; per i bambini lo shock elettrico è collegato agli organi genitali o

anche nell'ano e gli adolescenti sono appesi al famoso "pau de arara" che già esisteva la tempo della dittatura militare. È un palo dove le persone sono appese per i piedi e per le mani e subiscono lo shock elettrico e poi i poliziotti gettano acqua fredda; oppure questi adolescenti sono collocati dentro a barili pieni d'acqua e si minaccia di affogarli affinché confessino delitti che non hanno commesso. Allora, in quella via crucis, i ragazzi sono arrivati in questo posto Sos Criança, in questo posto dove normalmente arrivano già torturati. Ci siamo fermati lì e 2500 bambini e adolescenti di fronte all'edificio si sono messi a danzare, a protestare, a cantare il *rap* che è la musica degli *esclusi*, è la musica urbana, è la musica di protesta che nasce nel mondo intero, e là hanno consegnato un documento di protesta al governo dello Stato perché è un governo che mente, un governo che omette di intervenire di fronte allo sterminio e la morte.

Poi la nostra *via crucis* ha continuato e la polizia ha cercato di impedirlo ma le automobili della stampa hanno aperto il cammino ai bambini e così i bambini sono entrati, e noi con loro, nella zona di prostituzione più miserabile di San Paolo, in un quartiere chiamato Braz, quartiere tipicamente italiano, oggi sfigurato dalla miseria, con molti alberghi dove le bambine sono trattate come schiave, prostitute schiave. Bene, là di fronte a questi alberghi i bambini e gli adolescenti hanno acceso un grande falò e hanno bruciato il cartellone dove c'era scritto "violenza sessuale, prostituzione, stupro" e hanno manifestato la loro solidarietà e il loro impegno di lottare contro la prostituzione infantile. E infine i bambini hanno marciato verso il palazzo del governo municipale dove il sindaco è uno dei più degni rappresentanti della politica neo-liberista; si chiama Paulo Maluf ed è l'uomo che sta distruggendo tutto quello che l'amministrazione popolare anteriore alla sua, gestita da Luisa Erundina, era riuscito a far nascere di positivo nella città di San Paolo. I bambini hanno marciato verso questo palazzo restaurato che è copia di un palazzo veneziano. I bambini camminavano portando le loro proposte per l'educazione, la sanità e per la casa, perché questo sindaco ha tagliato ogni finanziamento alle abitazioni popolari che erano costruite collettivamente in "mutirao" (9).

Quando Maluf seppe che i bambini marciavano verso il suo palazzo in una manifestazione popolare rumorosa, allegra e piena di speranza, ordinò che la polizia circondasse il palazzo e fece chiudere tutti i portoni. I bambini gridavano: "siamo venuti in pace!". Non riuscimmo a entrare neanche per prendere un po' d'acqua. Era mezzogiorno, un giorno molto caldo e non potevamo neppure prendere un po' d'acqua per i bambini. Davanti al municipio, il bambino senza terra che caricava la croce più grande fu simbolicamente crocifisso sulla porta, di fronte a tutti i suoi coetanei e a tutta la stampa del Brasile, mostrando che il sistema neo-liberista crocifigge i bambini e gli adolescenti. Questo fatto ha avuto una grande ripercussione in tutto il Brasile e il giorno seguente il sindaco di San Paolo, Paulo Maluf, ha rinunciato alla sua candidatura alla presidenza della Repubblica del Brasile e la stampa nazionale ha commentato che i bambini e gli adolescenti *esclusi* di San Paolo avevano distrutto il sogno di un sindaco con manie di grandezza.

Gli *esclusi*, quando agiscono collettivamente, possono avere un'incidenza politica molto forte.

(1) Il salario minimo, che esiste da 50 anni, è fissato dal governo ed è la cifra sotto la quale, teoricamente, nessuno può essere retribuito. È determinato sulla base di un paniere di circa 20 prodotti alimentari per la durata di un mese in una famiglia di 4 persone.

(2) Candelaria è una chiesa bellissima di stile barocco a Rio De Janeiro, e si chiama esattamente Nostra Signora della Candelaria; davanti alla sua porta sono stati massacrati, il 23 luglio 1993, 8 bambini di strada.

(3) La Commissione Pastorale della Terra è un organo della Conferenza Nazionale dei vescovi del Brasile (CNBB), è un servizio alla causa dei contadini e dei lavoratori senza terra che collabora direttamente con le iniziative delle Chiese Evangeliche Luterane.

(4) Carandirù è una prigione di san Paolo dove, il 2 ottobre 1992, vi fu una ribellione di detenuti; 111 di loro furono massacrati dalla polizia.

(5) Vigário Geral è una favela di Rio De Janeiro dove, nell'agosto del 1993, furono eliminate 21 persone innocenti, a titolo di rappresaglia per la morte di 4 poliziotti.

(6) Haximù è un villaggio indigeno dell'Amazzonia brasiliana presso la frontiera con il Venezuela dove, nell'agosto 1993, si è verificato il massacro di un numero imprecisato di indios Yanomani.

(7) Cortiços sono abitazioni collettive e miserabili delle classi povere del Brasile, nel centro delle grandi città.

(8) Padre Lancellotti usa il termine "i 7 ladroni", espressione ricorrente oggi in Brasile, in assonanza evidente con la favola delle Mille e una notte.

(9) Mutirao è una forma semplice di organizzazione popolare del lavoro collettivo, gratuito, per realizzare opere di interesse comune.

HUTU E TUTSI: L'ALTERNO GENOCIDIO

Su Quaderni ACP (n 2/1995) è stato pubblicato un articolo del Dr. Giovanni Galli che ha lavorato per circa un anno in Rwanda con AVSI (Associazione Volontari per il Servizio Internazionale) al recupero dei bambini traumatizzati dalla guerra sanguinosa scoppiata nel mese di aprile 1994. Nell'articolo si parla degli effetti sui bambini della guerra fra Tutsi ed Hutu. La stampa italiana ha riportato notizie su questa guerra, ma a molti di noi il quadro in cui è nata e si svolge non è molto chiaro. Abbiamo chiesto così ad Arturo Alberti, che è presidente dell'AVSI per la quale lavorano Galli e Devreux, e che ha egli stesso a lungo lavorato in quelle zone di volerci più chiaramente spiegare le origini di quella guerra.

Periodicamente il Rwanda e il Burundi salgono "agli onori della cronaca" per il ripetersi di barbare carneficine che vedono protagonisti i Tutsi e gli Hutu.

Nel periodo della massima espansione coloniale europea, il Rwanda-Urundi (praticamente il Rwanda e il Burundi di oggi) divenne protettorato tedesco e poi nel 1919, dopo la sconfitta della Germania passò sotto la dominazione belga, che già possedeva il Congo (l'attuale Zaire). Questa regione era popolata, allora come oggi, prevalentemente da due tribù: gli Hutu, che rappresentano l'85% e i Tutsi: il 10-15%. Gli Hutu sono contadini bantù, di statura non molto elevata, con caratteri somatici negroidi tipici degli abitanti dell'Africa Centrale.

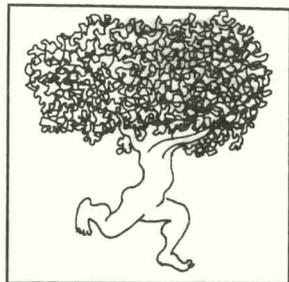
I Tutsi sono tradizionalmente allevatori di bestiame, guerrieri, provenienti dall'altopiano etiopico seguendo il corso del Nilo (sono detti "Nilotici") e hanno caratteristiche somatiche differenti (alti, naso affilato e non camuso, arti sottili) per cui sono facilmente distinguibili dagli Hutu.

I bianchi trovarono una organizzazione sociale di tipo feudale, in cui i Tutsi svolgevano una funzione dominante e protettrice e gli Hutu garantivano la produzione dei campi. I colonizzatori favorirono il mantenimento di questa situazione che era utile al loro dominio, mediato dalle élite Tutsi. Ma non fecero nulla per creare le condizioni di un passaggio incruento alla indipendenza e democrazia. Alla fine degli anni '50, quando stava per finire la dominazione belga, i Tutsi furono presi

dal timore di perdere il loro potere e gli Hutu dalla bramosia di conquistarlo, confidando sul fatto di essere maggioranza. I due nuovi Stati non furono costruiti a partire da una unità di popolo contro i colonizzatori, ma sul concetto di "nemico interno" che non fu mai più abbandonato. In Burundi il potere rimase nelle mani della minoranza Tutsi, che soffocò periodicamente nel sangue i tentativi di ribellione della maggioranza Hutu: nel 1972, ad esempio, furono uccisi più di 300.000 Hutu e, tra essi, tutti coloro che avevano qualche titolo di studio o qualche grado di responsabilità (catechisti, maestri, capi villaggio, etc.), per scongiurare lo sviluppo di una classe dirigente Hutu in alternativa a quella Tutsi al potere. Solo nel 1993 fu eletto democraticamente il primo Presidente Hutu del Burundi: fu ucciso dopo pochi mesi da un complotto di militari Tutsi, nell'ottobre '93, e nei disordini che ne seguirono furono trucidati più di 100.000 persone. Il successore morì poi sullo stesso aereo in cui trovò la morte il Presidente Rwandese Habyarimana, nell'aprile '94, e ancora oggi la situazione in Burundi è tesissima e pericolosa come ha dimostrato recentemente l'assassinio dei tre missionari italiani. In Rwanda, invece, all'inizio dell'indipendenza prese il potere la maggioranza Hutu che uccise o espulse migliaia di Tutsi, che si rifugiarono in Uganda. Impadronitisi del potere, gli Hutu in Rwanda applicarono leggi fortemente discriminatorie nei confronti dei Tutsi, per evitare un loro ritorno al potere. Fu instaurato un regime di apartheid che stabiliva quote prefissate per le iscrizioni dei Tutsi nelle scuole e per l'accesso ai posti di lavoro. Il regime Hutu del Rwanda fu sempre e fortemente sostenuto dalla Francia. Nel 1990 i profughi rwandesi presenti in Uganda ormai da trenta anni si organizzarono, con l'aiuto del presidente ugandese Museveni, egli stesso Tutsi, dal punto di vista politico e militare, costituirono il Fronte Patriottico Rwandese (FPR) e iniziarono azioni militari nei territori rwandesi per conquistare il potere. Dopo 3 anni di guerriglia, nel 1993, il presidente Habyarimana stipulò un accordo ad Arusha (in Tanzania) con l'opposizione e si stabilì di passare rapidamente ad un governo di coalizione e al multipartitismo. Ma gli estremisti Hutu

non accettarono mai questo compromesso e cominciarono ad organizzarsi: furono distribuite armi a gran parte della popolazione Hutu e fu costituito un gruppo di guerriglieri, denominato "Interhamwe", (di questi parlava la bambina Dusabe nell'articolo di Galli e Devreux sul numero 2/1995 di ACP Quaderni) formato in gran parte da veri e propri banditi, da violenti, da persone emarginate. Si stava preparando il genocidio dei Tutsi. Quando il 6 aprile 1994 fu abbattuto l'aereo in cui viaggiavano il Presidente rwandese e quello burundese, scattò immediatamente il segnale e dopo poche ore iniziarono le uccisioni. Radio "Mille colline" incitava la gente con appelli alla ferocia: "Tagliate i piedi ai ragazzi perché camminino tutta la vita sulle ginocchia; uccidete le ragazze perché non ci siano più generazioni future; uccidete tutti e non commettiamo più l'errore del 1959 "(quando molti Tutsi furono risparmiati). L'élite sanguinaria degli Hutu puntò prima sul genocidio, poi, quando il F.P.R. formato da Tutsi in esilio in Uganda dimostrò di poter vincere la guerra, indusse il popolo Hutu a lasciare il Paese e a rifugiarsi in Zaire, in Tanzania e in Burundi per lasciare ai vincitori una terra senza uomini. Oggi questi milioni di profughi sono una bomba umana ai confini del Paese e sono cinicamente utilizzati per continuare la guerra in forme diverse. Il concetto di "nemico interno" è usato politicamente dalle élite che utilizzano il conflitto etnico per mantenere o conquistare il potere. Non è quasi mai, se non in parte e nei momenti di conflitto duro, un discorso generalizzato presso le popolazioni. In Rwanda e in Burundi i Tutsi e gli Hutu vivono negli stessi villaggi, spesso nello stesso modo. Non esistono fra di loro sostanziali differenze di status e di ricchezze, parlano la stessa lingua, hanno la stessa cultura tradizionale. Ormai, anche le differenze somatiche si sono attenuate; ma nel momento del conflitto scatenato dalle élite, avviene lo schieramento e la violenza non viene arginata da nulla, né dall'amicizia né dal comune lavoro di anni, né dalla comune appartenenza religiosa.

Arturo Alberti

**TENERE I BAMBINI DIABETICI FUORI DALL'OSPEDALE:**

G. Cerasoli, M. Farneti*, F. Mazzini*, M. Zondini*, F. Begani*.

Divisione di Pediatria e di Patologia Neonatale O.C. "M. Bufalini" Cesena

*Modulo di Pediatria di Comunità della Unità Operativa Materno-Infantile AUSL di Cesena

INTRODUZIONE

Una delle caratteristiche della odierna fase "sociale" della pediatria più avvertita e consapevole è rappresentata dal tentativo di attuare modalità di cura alternative al ricovero ospedaliero tradizionale.

L'utilizzazione del day-hospital e la ricerca di strette collaborazioni con la pediatria di base sono passi importanti verso il raggiungimento di questo obiettivo. Il bambino affetto da patologie croniche si avvantaggia più degli altri dei benefici di questa nuova organizzazione delle cure e rappresenta un banco di prova per la messa in opera di modalità di assistenza integrata tra ospedale e territorio.

Il problema che trattiamo è quello del diabete mellito. Nel trattamento e follow up di questa malattia ci pare che i compiti dell'ospedale siano:

1. risolvere la ketoacidosi se presente
2. verificare il sospetto diagnostico quando è posto dal pediatra di base
3. impostare ed aggiornare la terapia
4. garantire un follow-up adeguato per prevenire le complicanze e/o diagnosticarle precocemente.

I compiti della pediatria extraospedaliera ci sembrano essere:

1. la gestione dell'autocontrollo e della terapia domiciliare che sono centrati sul paziente e sulla sua famiglia e "garantiti" dal pediatra di base e dalle risorse della pediatria di comunità
2. la garanzia che il bambino abbia tutte le risorse che le leggi gli garantiscono.

Per rendere questa gestione la più efficace possibile è necessario che fin dall'esordio del diabete il paziente e la famiglia non vengano lasciati senza interlocutori o con il solo e lontano interlocutore ospedaliero ma siano affiancati da personale sanitario capace di fornire anche a domicilio aiuto qualificato e mirato ai bisogni di quel paziente (1).

Questo spostamento parziale delle cure dall'ospedale verso il territorio è difficile ma possibile.

Per essere efficace deve avere come presupposto la presenza di un buon livello di collaborazione tra il team ospedaliero, il pediatra di base e la pediatria di comunità, o comunque la struttura che gestisce le risorse sanitarie extraospedaliere.

Viene qui riferita una esperienza di intervento per la realizzazione di questa collaborazione.

METODICA DELL'INTERVENTO

Nella AUSL di Cesena, dal gennaio 1994, una Assistente Sanitaria Visitatrice (ASV), che fa parte della unità operativa materno-infantile di pediatria di comunità è entrata a far parte, a tempo parziale, del Team ospedaliero che si prende cura dei bambini con diabete. L'ASV ha seguito uno specifico corso di

formazione. Insieme a lei e come lei, a tempo molto parziale, operano un pediatra con esperienza di cura del diabete giovanile, una psicologa, una dietista e due infermiere del day hospital. La ASV svolge con continuità il ruolo di raccordo tra ospedale, famiglia e strutture sanitarie territoriali cercando, innanzitutto, di fare in modo che non vi siano conflitti tra le raccomandazioni date alla famiglia dal team ospedaliero e quelle provenienti dalle strutture extraospedaliere.

In ospedale, l'ASV segue il bambino e la famiglia già dal momento dell'esordio, svolgendo la parte del programma di educazione sanitaria che riguarda la gestione pratica dell'autocontrollo e della terapia insulinica. Rinforza queste informazioni, accrescendole nelle visite in day hospital, programmate per la valutazione del controllo clinico della malattia, dove valuta anche la loro corretta messa in opera e il grado di conoscenza raggiunto (2) (3). La sua azione prosegue fuori dal reparto di Pediatria attraverso l'assistenza domiciliare, l'aiuto all'inserimento scolastico e l'organizzazione e la partecipazione ai campi estivi.

Essa diventa, in sostanza, il primo punto di riferimento della famiglia. I punti di riferimento successivi passano attraverso di lei. Il programma di assistenza domiciliare per i pazienti di nuova diagnosi prevede:

1. una prima visita al momento della prima iniezione fatta dopo la dimissione
2. visite settimanali per il primo mese, bisettimanali per il secondo mese e successivamente più sporadiche. L'ASV consiglia e guida il bambino e la famiglia cercando di aumentarne le motivazioni, l'autostima e la sicurezza nella gestione del diabete.

Li aiuta inoltre ad organizzare correttamente l'autocontrollo e la terapia a casa e fuori casa. Controlla, infine, che la famiglia riceva i presidi che la legge assicura.

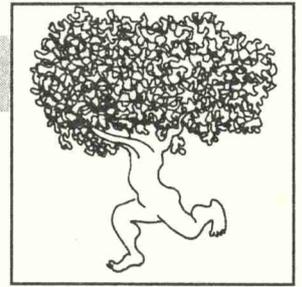
Durante la visita valuta.

1. il materiale per l'autocontrollo e la terapia insulinica
2. la capacità di esecuzione di controllo e di gestione della terapia
3. il grado di soddisfazione della famiglia nei confronti del curante, del team ospedaliero, della scuola, del lavoro
4. il grado di sicurezza nell'affrontare un'emergenza legata al diabete
5. il grado di conoscenza su argomenti specifici (4).

L'ASV può prelevare, qualora giudichi che sia ipotizzabile una cattiva gestione della malattia, un piccolo campione di sangue capillare su cui sarà possibile eseguire la determinazione dell'emoglobina glicosilata nel laboratorio dell'ospedale.

Dopo la visita l'ASV compila una relazione che presenterà alle riunioni del team ospedaliero.

La relazione sarà allegata alle cartelle di day hospital e servirà alla elaborazione del piano di intervento deciso per far fronte ai problemi del bambino. Inoltre, compie verifiche periodiche dei risultati ottenuti tenendo presente alcuni indicatori preventivamente individuati.



Metodi di valutazione dei risultati.

Per la valutazione dell'efficacia dell'intervento della ASV si sono presi in esame due parametri che sono stati valutati prima e dopo l'intervento:

1. il ricorso dei bambini con diabete e delle loro famiglie ai controlli in day-hospital;
2. la durata del periodo di ospedalizzazione del bambino all'esordio del diabete.

RISULTATI E DISCUSSIONE (Tab 1)

Ovviamente, i risultati riferiti sono del tutto preliminari e suscettibili di dubbi, correzioni e integrazioni ma vengono riferiti per suscitare discussione, riferimenti su problemi analoghi ed esperienze similari.

1. Numero dei controlli effettuati in ospedale (DH)

Nel 1993, periodo precedente all'intervento, sono stati seguiti 25 pazienti, per un periodo effettivo di 308 mesi-bambino. Le visite effettuate sono risultate 195 (0,65 visite per mese-bambino). Nel 1994, periodo dell'intervento, sono stati seguiti 28 pazienti per un periodo effettivo di 300 mesi-bambino. Le visite effettuate sono state 165 (0,55 visite per mese-bambino). Durante questo anno, l'ASV ha compiuto 48 visite domiciliari a 17 pazienti privilegiando i bambini con esordio recente.

La riduzione del numero di visite in day hospital può riflettere il maggior grado di sicurezza e competenza raggiunto dalle famiglie soprattutto nella gestione dell'autocontrollo e della terapia insulinica, ottenuto anche tramite l'azione svolta dall'ASV sia in ospedale che attraverso le visite domiciliari. Questo tipo di assistenza permette infatti a molti genitori di sentirsi maggiormente tutelati e seguiti e li aiuta ad uscire dallo stato di depressione che segue la comunicazione della diagnosi riacquistando con più facilità la fiducia nelle loro capacità (5). Molte famiglie sono più recettive all'assistenza e all'educazione quando vengono istruite a domicilio.

2. Durata del primo ricovero

Nel gruppo di 6 bambini con esordio nel periodo 1991-'93, 2 sono stati ricoverati per chetoacidosi con ph venoso <7,20. Il periodo medio di ospedalizzazione è risultato di 11,5 giorni (rispettivamente 7; 9; 10; 11; 15 e 17). Uno di questi pazienti ha richiesto un nuovo ricovero per diabete scompensato a distanza di 2 anni dall'esordio. Nel gruppo di 7 bambini con esordio nel periodo 1994-'95, 3 sono stati ricoverati per chetoacidosi con ph venoso < 7,20. La gravità dei casi nei due periodi sembra pertanto comparabile.

Il periodo medio di ospedalizzazione è risultato di 6,5 giorni (rispettivamente giorni 5; 6; 7; 7; 8; 8; 5).

Nessuno di questi pazienti ha richiesto ulteriori ricoveri; ma bisogna considerare che il periodo minimo di follow-up è considerevolmente inferiore rispetto al gruppo precedente.

La netta riduzione della degenza è dovuta in gran parte alla rapida attuazione di un programma specifico che, nel periodo di ricovero, si pone i seguenti obiettivi:

- 1°. risolvere la chetoacidosi e stabilizzare le condizioni cliniche del bambino
- 2°. impostare la giusta terapia insulinica e dietetica e discuterla prima della dimissione col curante
- 3°. dare una educazione sanitaria limitata all'essenziale

4°. fornire alla famiglia tutti i presidi necessari per far fronte all'autocontrollo e alla terapia

5°. ristabilire un clima di serenità nella famiglia

6°. programmare i controlli domiciliari, ospedalieri

7°. programmare il reinserimento del bambino in comunità scolastica.

L'educazione sanitaria più dettagliata, volta al controllo della malattia, viene invece proseguita a domicilio dalla ASV con la collaborazione del pediatra di base e delle famiglie aderenti alla Associazione delle famiglie di bambini con diabete.

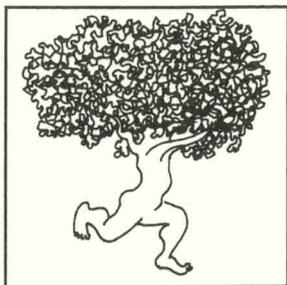
Il ricovero all'esordio del diabete è, invece, nell'esperienza ospedaliera di solito molto prolungato, anche per 3 settimane, con l'intenzione di offrire al bambino e ai genitori un'educazione sanitaria più completa e renderli più sicuri e addestrati nell'esecuzione delle pratiche di autocontrollo e terapia. Questo comportamento, in realtà, si traduce in una profonda alterazione della vita della famiglia, sia per quanto riguarda le implicazioni economiche che quelle psicologiche, aumentandone la dipendenza dal centro ospedaliero e riducendone l'autonomia e la capacità di prendere decisioni in merito alla cura del diabete. In questo, modo si ottiene inoltre un aumento di giornate di degenza inappropriate (6) con l'inevitabile dispendio di risorse della comunità. La riduzione dell'ospedalizzazione all'esordio che si raggiunge con una buona integrazione tra strutture ospedaliere ed extraospedaliere dello stesso ambito territoriale, senza diminuire la sicurezza del bambino e dei genitori, si riflette in un aumento del benessere del paziente e della sua famiglia e, probabilmente, in una considerevole riduzione di spesa per la comunità (6).

Tab. 1. Numero dei controlli e durata del primo ricovero prima e dopo l'intervento

	Prima	Dopo
Numero di controlli in ospedale per mese-bambino	0.65	0.55
Durata del primo ricovero (gg)	11.5	6.5

BIBLIOGRAFIA

- 1) *European IDDM Policy Group 1993 Consensus Guidelines for the Management of Insulin-Dependent (type 1) Diabetes* Diabetic Medicine 1993; 10: 990-1005
- 2) *A. McEvilly Liason nursing - the diabetic home care team. in Kelnar C.J. "Childhood and Adolescent Diabetes" Londra, 1995, Chapman & Hall Medical, pp. 465-73*
- 3) *M. Vanelli Il bambino con diabete tra pediatria ospedaliera e pediatria di base e di comunità in: P. Viola e G. Benaglia "Argomenti di Pediatria Preventiva e sociale" Parma 1993*
- 4) *M. Vanelli et al. L'assistenza domiciliare al bambino diabetico. Bilancio di un'esperienza pilota in Italia R.I.P. 1992; 18: 275-79*
- 5) *M. Vanelli L'assistenza domiciliare al bambino diabetico R.I.P. 1993; 19: 380-3.*
- 6) *Lessing D.N., Swift P.G., Metcalfe M.A. e Baum J.D. Newly diagnosed diabetes: a study of parental satisfaction Arch Dis Child 1992;67:1011-13*
- 7) *Kemper K Medically Inappropriate hospital use in a paediatric population New Engl. J. Med. 1988; 318: 1033-7*
- 8) *Simell et al Randomised prospective study of short-term and long-term initial stay in hospital by children with diabetes mellitus Lancet 1991; 337:656-60*



L'IDENTIKIT DEL NEONATO A RISCHIO SOCIALE

di Roberta Arsieri, R.N. Cataffo, A.M. D'Antonio, C. Fusco, F. Narducci,
M.R. Orlando, A. Pugliese, G. Zona - ACP CAMPANIA

Disoccupazione e bassa scolarità dei genitori, soprattutto materna, sono condizioni che frequentemente si associano ad altri problemi sociali e a perdita della salute, intesa secondo la globale definizione dell'OMS.

A Napoli e Provincia il tasso di disoccupazione è pari al 23%, contro il tasso nazionale dell'11,5% e quello delle Regioni settentrionali del 7,1% (1); la percentuale di madri con 5 o meno anni di scolarità è risultata, nell'ultima rilevazione disponibile (ISTAT 1994) del 22,3%, mentre il tasso nazionale, pur con il contributo negativo delle Regioni Meridionali era 15%. Da queste considerazioni è nata l'ipotesi di lavoro (2), che l'individuazione precoce dei nati da famiglie socialmente svantaggiate permetta di implementare interventi di "adozione medica e sociale" mirati a contenere le conseguenze di questo trascurato tipo di rischio.

L'indagine, necessaria premessa alla fase operativa, si propone di:
1- Descrivere la distribuzione dei F.R.S. in un campione dell'area napoletana.

2- Analizzare le caratteristiche dei nati a rischio sociale (R.S.) al fine di valutare le relazioni esistenti tra fattori di rischio sociale (F.R.S.) ed esiti neonatali sfavorevoli;

3- Individuare sottogruppi più vulnerabili per la particolare numerosità dei F.R.S. associati e centri nascita dove la maggiore concentrazione di nati a R.S. suggerisca di effettuare l'intervento pilota di "Adozione Medica e Sociale".

Materiali e Metodi

È stato inviato un questionario ai maggiori centri nascita di Napoli e Provincia con domande relative a tutti i nati nel marzo 1995 su: sesso, residenza, peso, età gestazionale, rischio in gravidanza e/o al parto, tipo di parto, esiti neonatali, compreso il tipo di allattamento alla dimissione, presenza di uno o più dei seguenti F.R.S.:

1) famiglia monoparentale, 2) età materna inferiore a 20 anni, 3) istruzione materna inferiore alla V elementare, 4) genitore (g.) extracomunitario, 5) g.nomade, 6) g. tossicodipendente, 7) g. alcolista, 8) g. gravemente ammalato, 9) g. HIV positivo, 10) g. detenuto, 11) padre disoccupato, 12) abitaz. precaria: roulotte, baracca, container; oppure più di due persone per vano, abitazione di un solo vano, coabitazione. Sono state ottenute risposte da 7 grossi centri, 5 pubblici e 2 privati, con una natalità totale di 9698 nati nel 1994 (Totale nati a Napoli e provincia = 45931).

Esiti studiati sono stati: rischio perinatale, nascita con taglio cesareo, trasferimento del neonato in reparti per cure speciali, prematurità e/o basso peso, macrosomia, allattamento artificiale. Per il rischio di problemi in gravidanza, parto operativo, trasferimento, nascita pretermine, basso peso alla nascita, ritardo di accrescimento endouterino, macrosomia, allattamento artificiale alla dimissione e' stato calcolato l'odds ratio e la significatività statistica delle differenze tra neonati a R.S. e controlli è stata verificata con i limiti di confidenza.

Risultati

Distribuzione dei F.R.S.: 235 su 706 nati in marzo 1995 (33,3%), presentavano un FRS, isolato o associato ad altri.

In 112 casi (47,6%) era presente un solo F.R.S., la cui distribuzione si legge in Tab.1.

In 72 casi (30,6%) erano presenti 2 F.R.S., in 51 (21,7%) 3 o più. Nella tab. N. 2 sono indicate le associazioni tra i 12 F.R.S. studiati. La bassa scolarità materna era presente in 102 casi, la

Tab. 1: Distribuzione dei F.R.S. isolati

	n.	%
1. Famiglia monoparentale	4	3.6
2. Madre sotto i 20 anni	9	8.0
3. Scolarità materna < 5 anni	44	39.3
4. Extra comunitario	4	3.6
5. Nomade	0	0
6. Genitore tossicodipendente	0	0
7. Genitore alcolista	0	0
8. Genitore gravemente ammalato	2	1.8
9. Genitore HIV positivo	0	0
10. Genitore detenuto	0	0
11. Padre disoccupato	37	33.0
12. Abitazione precaria e coabitazione	12	10.7
Totale	112	100

Tab. 2: Associazioni tra i fattori di rischio

2	10											
3	6	15										
4	2	2										
5		1										
6	2											
7												
8	2	3										
9						1						
10	1											
11	5	9	31	2		3	1					
12	10	22	50	2	2							22
FRS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

disoccupazione del padre in 73, l'età materna inferiore a 20 anni in 62, la famiglia monoparentale in 38, l'abitazione precaria in 108 e le associazioni più frequenti si sono verificate nell'ambito di questi F.R.S.

Circa un terzo delle famiglie non aveva il telefono in casa (differenza con i controlli: O.R. 4,7; L.C. 2,2-10,4).

Caratteristiche dei nati a R.S.:

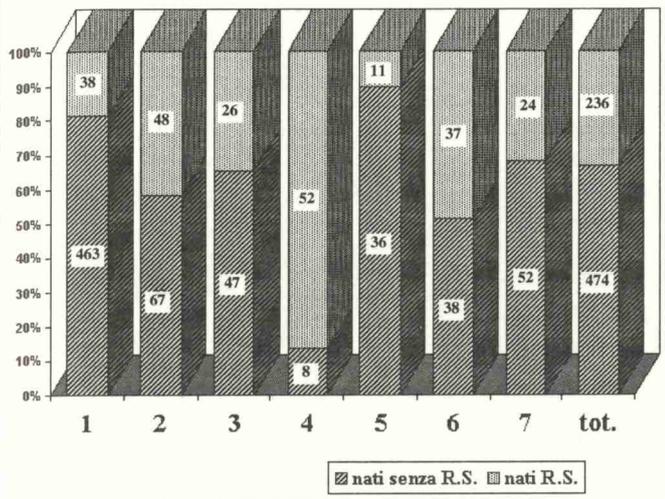
Residenza materna: circa la metà risiedeva in paesi limitrofi, il 22,4% nei quartieri più degradati della periferia urbana, il 30%



nello stesso quartiere dell'Ospedale.

Distribuzione dei nati a R.S. nei 7 centri che hanno collaborato: è stata evidenziata la maggiore concentrazione negli Ospedali del centro storico, in uno dei quali la percentuale di neonati a R.S. è stata del 89% e nelle 2 case di cura private, la minore concentrazione negli unici due centri dotati di servizio per la gravidanza a rischio e terapia intensiva neonatale (Fig.1).

Fig 1: Nati a R.S. per luogo di parto



Rischio medico in gravidanza:

era presente nel 12 % delle madri (10 casi di minaccia di aborto o parto prematuro, 3 gestosi EPH, 3 priminfezioni da toxoplasma, 1 diabete, 1 placenta previa, 1 anemia grave, 1 pancreatite, 1 HIV, 1 Fallot, 2 epatiti (B e C), 1 obesità, 2 gravidanze gemellari). Il rischio in gravidanza è stato più frequente nei nati a R.S., rispetto ai controlli (O.R. 5,7; L.C. 1,2-3,7).

Tipo di parto:

nel 46,8 % dei nati a R.S. il parto era avvenuto col taglio cesareo. Il rischio di nascere col cesareo è risultato doppio rispetto ai controlli (O.R.2; L.C. 2-3,7).

Esiti neonatali:

la proporzione di prematuri (4,7%), di LBW (4,6%), di macrosomi (6 %) è stata simile a quella dei controlli e della popolazione generale, mentre è risultata più elevata quella di nati con ritardo di accrescimento endouterino (O.R. 2,8; L.C.0,9-9,1).

Il trasferimento in reparti di Patologia è stato necessario solo per 3 neonati.

Il 64% è stato dimesso con allattamento al seno, il 24% con allattamento misto, il 12% con formula. Non è emersa differenza nel tipo di alimentazione tra casi e controlli.

Commento

Come atteso, disoccupazione paterna e bassa scolarità materna, isolati o associati tra loro e con l'abitazione precaria, sono stati i F.R.S. più frequenti nel campione. Su questi l'intervento medico potrà avere uno spazio legato ai programmi di educazione sanitaria per le madri, tanto più utili, quanto più precocemente promossi, e all'impegno nell'evidenziare e pubblicizzare le relazioni esistenti tra malattia e basso livello socio-economico.

Due sottogruppi, madri adolescenti e famiglie monoparentali,

spesso in sovrapposizione tra loro, sono stati individuati come i più vulnerabili per il peso e la numerosità dei F.R.S. associati. Gli extracomunitari ed i nomadi sono risultati poco rappresentati, non sappiamo se per limiti del campione o per una loro scarsa "visibilità", problema, quest'ultimo, sul quale occorrerà specificamente soffermarsi in seguito.

La provenienza del 50% delle madri dalla provincia ha confermato il noto movimento centripeto di partorienti verso il capoluogo, più dotato di punti nascita. Circa metà della madri risiedeva nei quartieri più popolari e degradati della città, dove sarà opportuno potenziare l'integrazione dei servizi dedicati all'infanzia ed alla famiglia.

Il rilievo di una minore concentrazione di madri a R.S. nei due Centri di riferimento per la gravidanza a rischio ha evidenziato una difficoltà di accesso alle strutture di III livello delle madri socialmente svantaggiate, che, per la maggiore incidenza di problemi in gravidanza, peraltro confermata dal frequente ricorso al T.C., ne avrebbero certo maggiore bisogno.

E' possibile ipotizzare per esse un minor ricorso alle cure prenatali e quindi una maggiore difficoltà nella individuazione del rischio in gravidanza, ma l'esperienza pratica fa pensare anche a percorsi sanitari spesso distorti dai legami che si possono stabilire tra le gravide, i loro ostetrici di fiducia e le strutture in cui essi operano. Questo fenomeno sottolinea la difficoltà, ancora esistente nell'area, ad organizzare cure prenatali efficienti per tutte le gravide e collegamenti razionali tra strutture territoriali e Centri nascita di livello adeguato ai bisogni di ognuna.

È emersa una maggiore concentrazione di rischio perinatale nei nati a R.S., ma, se si esclude la maggiore proporzione di dismaturi, che raggiungevano sempre un peso superiore ai 2500 gr., gli esiti neonatali sono apparsi buoni e si è osservata una promozione dell'allattamento naturale molto soddisfacente in relazione all'alta incidenza di cesarei.

Anche se gli esiti neonatali sono stati migliori dell'atteso, questi bambini sono, in seguito, a totale carico di famiglie socialmente svantaggiate e sono candidati ad un maggior rischio di malnutrizione, ricoveri ospedalieri frequenti, anche per cause banali, insufficiente copertura vaccinale, incuria fino al vero e proprio maltrattamento: su questi aspetti dovrà essere focalizzato l'intervento medico, dedicato non solo al bambino, ma a tutta la famiglia, già dal momento della nascita, quando i danni non si sono ancora verificati.

Infine lo studio ha individuato in un Ospedale del Centro storico con circa il 90% di nati a rischio sociale la sede opportuna per effettuare l'intervento pilota.

Gli autori ringraziano i primari dei Centri Nascita per la loro gentile collaborazione: P. Catera, F. Cicale, A. Giustardi, L. Liotta, L. Lupi, R. Paludetto, A. Vetrella

Bibliografia

- 1) Le Regioni in cifre. ISTAT 1994.
- 2) G. Cirillo, P. Siani, L. de Seta: Progetto per la prevenzione e l'assistenza ai bambini napoletani a rischio sociale. Roma aprile 1994- Convegno: Epidemiologia della disuguaglianza nell'infanzia.



LA POLIZIA AL NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Il 31 agosto 1995, il New England Journal of Medicine (1995;333:537-40) ha pubblicato, come primo articolo (autore unico R.U. Hausknecht, della Mount Sinai school of Medicine di New York) un lavoro intitolato "Methotrexate and misoprostol to terminate early pregnancy". La combinazione di questi due farmaci (metotrexate i.m., e dopo 7 gg., inserzione vaginale di misoprostolo), ha consentito di interrompere la gravidanza in 171 su 178 donne, senza ricorrere ai metodi invasivi. È ovvio che l'articolo proponeva un metodo di intervento che avrebbe sollevato molti problemi sanitari ed etici.

Il Metotrexate è teratogeno negli animali e, anche se usato una sola volta, pone problemi di non poco conto in donne fertili.

La disponibilità in commercio dei due farmaci fa saltare il principio (valido pressoché universalmente) che l'interruzione di gravidanza debba essere fatta in sedi chirurgiche registrate.

La diffusione della metodica, in sostanza, renderebbe impossibile l'applicazione di qualsiasi legislazione sulla I.V.G.

La pubblicazione del lavoro è avvenuta sulla rivista medica più diffusa del mondo: 240.000 abbonati, di cui 67.000 fuori dagli States e 38.000 in Europa. Il citation index più alto del mondo è un patrimonio culturale che fa del giornale il più autorevole, oltre che il maggiormente diffuso del mondo.

Così, al giornale è giunto, pochissimi giorni dopo la pubblicazione dell'articolo, un fax molto minaccioso, sia per il giornale che per l'autore dell'articolo definito *chemical assassin*. Il fax, su carta intestata di Randall A. Terry, fondatore dell'Antiabortion Group Operation Rescue, definisce la metodica *chemical murder of children in their mother wom*; il suo ricevimento ha indotto l'editore del giornale a chiedere grosse misure di sicurezza alla polizia; questo anche perché nel dicembre scorso vi è stato a Boston un attacco armato dell'Antiabortion Group Operation Rescue contro due cliniche sedi di I.V.G.

FORSE CAMBIA LA PRIMARY CARE IN CANADA

Il ministero della Sanità canadese sta pensando a un nuovo schema assistenziale basato sul territorio. I medici dovrebbero essere raggruppati in gruppi locali destinati a provvedere alla assistenza di una popolazione specifica in aree predeterminate. I cittadini potrebbero fare le loro scelte solo all'interno del gruppo.

Il pagamento avverrebbe non al singolo ma al gruppo il quale dovrebbe trarre dal fondo assegnato sia il pagamento dell'assistenza per i cittadini che gli stipendi per i membri del gruppo stesso.

L'obiettivo del progetto, dovuto a Miles Kilshaw, è quello di abolire gli attuali inconvenienti che sono (tutto il mondo è paese): ripetizione di esami a casa e in ospedale, invii specialistici ripetuti, inadeguata disponibilità e colli di bottiglia nei servizi, liste di attesa da scarso coordinamento.

VITTIME DELLE MINE ANTIUOMO IN MOZAMBICO

Dal 1980, 3400 mozambicani hanno ricevuto un'amputazione a causa dello scoppio di mine antiuomo, mentre manca una valutazione credibile delle morti e delle lesioni non trattate in ospedale.

Nel marzo 1994 un gruppo di medici incaricati dalla "Associazione Medici per i Diritti dell'Uomo" ha condotto una ricerca campionaria nelle case della provincia di Manica (600.000 abitanti) e di Sofala (1.350.000 abitanti) per valutare l'incidenza e la severità di tutte le lesioni da mine. Il totale delle lesioni è stato valutato a 8.1 /1000 a Manica e di 16.7 /1000 a Sofala, gli amputati a 3.2 per 1000 a Manica e 2.3 per 1000 a Sofala. Le morti per mine, invece, erano del 3.8 per 1000 a Manica e dell'8.6 a Sofala. Il 68% delle vittime non erano militari. Il 7% aveva un'età sotto i 15 anni.

Ascherio A. Biellik R. Epstein A. et al. *Death and injuries caused by land mines in Mozambique. Lancet. 1995; 346:721*

TRAPIANTI: UNA LEGGE IN POLONIA E QUALCHE PORCHERIA IN AUSTRALIA

È stata approvata in Polonia una legge sui trapianti. Secondo la legge, a meno che il cittadino non abbia specificato in vita, che egli non vuole donare organi, tessuti o cellule, gli ospedali possono effettuare questi prelievi senza che alcuno possa frapporre ostacoli. La certificazione di volontà può essere fatta in più modi: nelle carte d'identità, a un registro centrale o anche affidata a due testimoni.

In Australia, invece, si è scoperto che le cornee donate sono state fatte pagare ai riceventi e in qualche modo "compensate" ai familiari.

Per gli altri organi ciò non è capitato perché essi sono soggetti alla legislazione del *Human Tissue Act*, mentre le cornee sono definibili come *protesi* invece che come tessuto vivente.

Il pagamento è stato fatto passare come "spesa di preparazione delle cornee" ed è andato da 612.000 lire italiane nel Queensland a 2.000.000 nel New South Wales. Nel South Australia ci si contenta di un regalino per la famiglia.

La questione è ora all'esame del Parlamento.

I TEST NUCLEARI IN POLINESIA

La "Associazione dei Medici senza Frontiere" ha voluto verificare le asserzioni del governo francese secondo il quale lo stato di salute della popolazione polinesiana non ha affatto risentito degli esperimenti nucleari.

Gli esperimenti nucleari francesi in Polinesia sono stati 41, fra il 1966 e il 1974.

Un registro tumori non è esistito fino al 1985. Attualmente, la "sensibilità" del registro è di appena il 60%. Non è mai stato tenuto un registro delle malformazioni congenite. Nella popolazione polinesiana non viene attuato nessun tipo di bilancio di salute o di follow up.

Sembra evidente, quindi, che non è possibile accettare l'affermazione del "nessun danno alle popolazioni della Polinesia" ostentato dal governo francese.



LA CONFERENZA ONU SULLE DONNE FRA FRENO E ACCELERATORE

Gran parte delle 189 delegazioni governative alla 4ª conferenza dell'ONU sulle donne (Pechino 4-15 settembre 1995) si era posta quale obiettivo conservare le conclusioni della conferenza del Cairo del 1994 in merito alla cosiddetta *salute riproduttiva della donna*.

Un piccolo nucleo di delegazioni governative e praticamente tutte le delegazioni non governative, esiliate come si è letto sulla stampa "in un fangoso paesetto lontanissimo dalla sede della conferenza", voleva "spingersi oltre"; un altrettanto piccolo gruppo di delegazioni - e qui spiccavano le dichiarazioni della capodelegazione del Vaticano - voleva ritornare a discutere sulle raccomandazioni del Cairo.

L'andamento delle discussioni, il comportamento, in parte inatteso, di alcune delegazioni di paesi musulmani, guidati da Benazir Bhutto, e un atteggiamento meno rigido di quanto atteso della capodelegazione del Vaticano hanno fatto in modo che abbiano avuto qualche piccolissimo successo proprio le delegazioni che volevano "spingersi oltre".

Sul documento è così rimasta, ed è stata accentuata, la raccomandazione del Cairo sulla salute riproduttiva che ora, tradotta dall'inglese, suona così: *i diritti umani*

delle donne comprendono la necessità che ogni donna controlli e decida responsabilmente, libera da costrizioni e violenze, sui problemi relativi alla sessualità compresa la salute riproduttiva.

Con un discreto peso delle dichiarazioni del Papa, è stato sottolineato il grave rischio che le donne corrono nei paesi in guerra (dove le guerre sono apparentemente fatte dai soli uomini ma le conseguenze più gravi sono per le famiglie che rimangono nelle città, famiglie costituite da donne e bambini).

Oltre la guerra, altre grandi violenze denunciate, per la prima volta, sono state quella domestica e quella rituale (le mutilazioni genitali).

È stato anche sottolineato come il rischio della povertà insidi la salute della donna e come sia necessario che gli Stati membri facciano di tutto per rimuovere gli svantaggi socio-economici della condizione femminile.

Per quanto riguarda la violenza rituale, la Conferenza ha obbligato gli Stati membri a non invocare a sua difesa motivi tradizionali, culturali, religiosi.

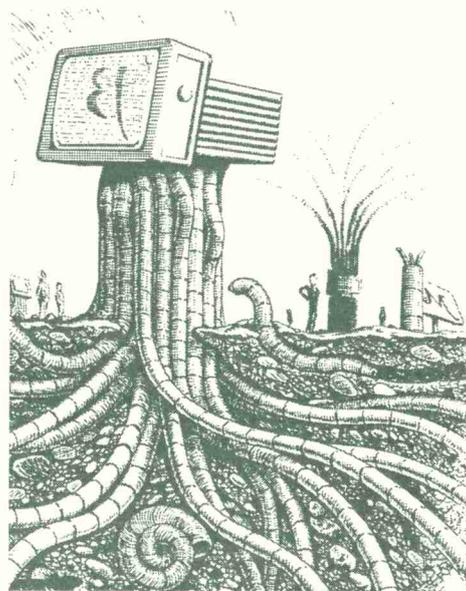
Per quanto riguarda la legislazione sull'aborto, gli Stati membri sono stati obbligati a rivedere le loro legislazioni laddove queste prevedano pene contro le donne che interrompono la gravidanza con mezzi illegali.

Per quanto riguarda la diffusione dell'AIDS, gli Stati membri devono prendere valide iniziative per ridurre tutte le malattie sessualmente trasmesse.

LA BAYER ACCUSATA DI "DISINFORMAZIONE"

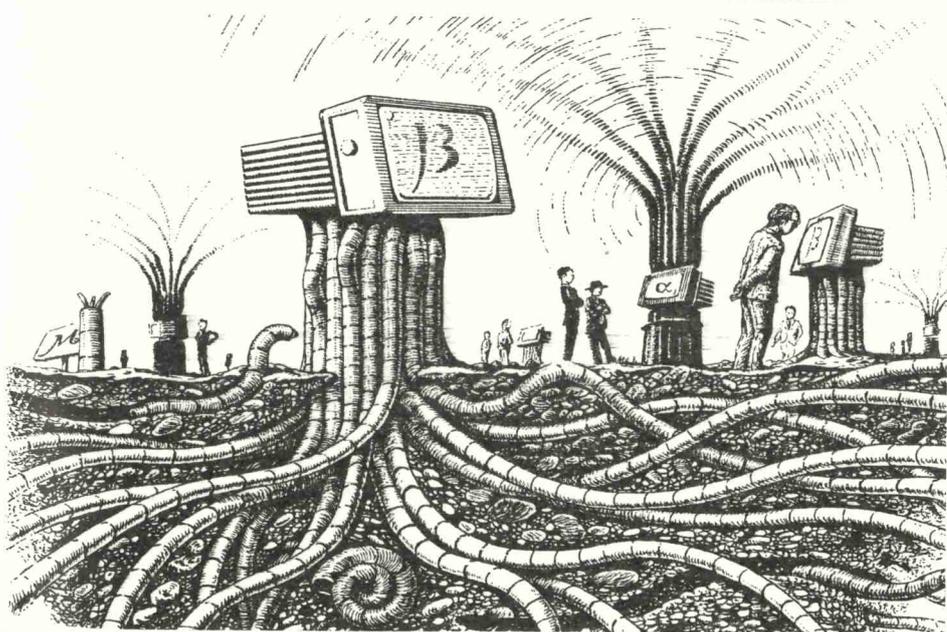
La Food and Drug Administration, e altre istituzioni americane per la difesa dei consumatori e della salute, hanno chiesto che la Bayer sia perseguita per violazione di legge. La Bayer avrebbe chiesto al prof. Norman Kaplan, professore di cardiologia alla Università del Texas, una lettera per sostenere la innocuità dei calcioantagonisti. Kaplan sostiene di avere chiesto che fosse chiarito nella lettera che essa veniva distribuita a spese delle Bayer. Il nome della ditta invece fu omissso. La Bayer è sotto indagine anche perché nel 1993 avrebbe attuato un programma di compenso per i farmacisti: 35 \$ per ogni pezzo venduto di Adalat.

(Lancet 1995:346;891)



BUGIE IN ARRIVO SUL FRONTE DEI FARMACI

In alcuni paesi d'Europa è in circolazione un videotape che confronta i ricoveri ospedalieri in paesi che hanno una "UNRESTRICTED" possibilità di prescrivere la ciprofloxacina con quelli di paesi che hanno una prescrizione "RESTRICTED". I dati presentati dimostrerebbero che, in presenza di possibilità di prescrivere ciprofloxacina, diminuiscono i ricoveri per polmonite e I.V.U. La valutazione statistica del videotape sembra manipolata. Così scrivono Barton e Walley (Lancet 1995:346;1102)



POSSIAMO "MUNGERE" LE CASE DI LATTI?

di Franco Dessì

La mia condizione d'essere l'unico medico (di base) di un piccolo paese offre il vantaggio di non avere conflitti o concorrenza con altri colleghi, ma produce pure qualche disagio, che deriva dal fatto che alcuni pazienti, pur non avendo instaurato con me un rapporto di fiducia e di simpatia, sono costretti ugualmente ad avermi come medico. Il disagio più grande nasce dalla reciproca costrizione ad un "finto" buon rapporto, perché è necessario convivere senza troppi conflitti.

In effetti l'antipatia verso qualcuno, che sia motivata da fatti, o che sia legata a fattori del tutto sconosciuti e incontrollabili, ci produce un inconscio comportamento "antipatico" che, volenti o meno, traspare. Solo un'azione "razionale" può ridare equilibrio al nostro comportamento, attraverso una esagerazione della pazienza e della disponibilità. Soprattutto all'inizio, questa cosa non è sempre facile, ma col tempo funziona bene fino a diventare un comportamento naturale e gratificante.

Quello su cui vorrei accentrare la vostra attenzione, è proprio questa possibilità che abbiamo di controllare i nostri impulsi, attraverso il ragionamento e l'applicazione di un razionale comportamento opposto. Noi tutti conosciamo l'invadenza della pubblicità, ma anche la sua straordinaria importanza in economia. Sappiamo anche che la reale efficacia della pubblicità non consiste tanto nell'aspetto informativo, quanto nel messaggio subliminale che agisce direttamente sul nostro inconscio e produce nel tempo precise modificazioni del nostro comportamento (ah, se sapessimo utilizzare le stesse tecniche per l'educazione alla salute!).

Nella "ingenua" pubblicità di una volta, si tendeva soprattutto a magnificare le caratteristiche dei vari prodotti, ora si tende invece a collegare un prodotto ad una "sensazione" particolare, come il sorriso di un bambino o l'accattivante sguardo di una modella.

Ascoltiamo più per compiacenza che per

convinzione i collaboratori delle industrie di farmaci, ben sapendo che "per definizione" la loro informazione non è disinteressata; i lavori scientifici che ci vengono proposti sono nella migliore delle ipotesi "selezionati" fra quelli che s'accordano con le affermazioni di chi ce li porge. Tutti noi rifiutiamo l'idea che quello che ci viene detto possa influire sulla nostra prescrizione, ma neppure possiamo essere così ingenui da credere che le industrie farmaceutiche buttino via tanti miliardi senza avere un consistente ritorno (1).

E' fin troppo ovvio che il nostro comportamento prescrittivo verrà sicuramente modificato da questa raffinata, martellante, dolce persuasione e quello che produce questa modificazione è un fenomeno che per noi è del tutto inconscio e passa per dei collegamenti subliminali con la simpatia del venditore o la paura inconscia di poter interferire negativamente sulla sua condizione lavorativa, o la puntualità del suo linguaggio, o un piccolo dono o chissà quanti altri particolari che sfuggono a noi, ma non certo a coloro i quali fanno il mestiere di preparare i nostri interlocutori con tecniche di psicologia della comunicazione molto raffinate (2), (3).

Molto spesso il "piccolo dono", diventa il pagamento delle spese per un convegno: il nostro convincimento che questo non modificherà di una virgola la nostra prescrizione è d'obbligo, se vogliamo salvare noi stessi dal dubbio che la nostra onestà possa essere posta in discussione. Se il "venditore" ci dicesse chiaro "se vuoi che ti mandi al convegno (ben sapendo che nessuna struttura provvede al tuo aggiornamento) devi prescrivere il mio latte o una certa quantità del mio latte", credo (spero) che pochi accetterebbero un così vile paragone, ma se non c'è alcun bisogno di dire niente e la prescrizione verrà fatta per un inconscio dovere di "ringraziamento" allora il paragone non esiste più in quanto non precedentemente "contrattato".

Così è pure per le "sovvenzioni ai conve-

gni". E' innegabile che la quasi totalità dei convegni è "sponsorizzata" (bel termine tranquillizzante) cioè "pagata" (meno tranquillizzante) dall'industria; ma anche qui c'è modo e modo: a volte il pagamento non è subordinato ad alcuna modificazione né del programma né dei relatori e l'unico scopo dell'industria, in questo caso, è quello di "offrire una positiva immagine di sé"; altre volte il gioco si fa un po' più pesante e s'arriva a cambiare qualcosina o ad eliminare una relazione o direttamente a far intervenire qualche "esperto" magari non proprio indipendente.

Ma torniamo alle sponsorizzazioni individuali: nel momento in cui siamo convinti (e non possiamo non esserlo) che le spese affrontate per recarci ad un convegno (ma...: esistono i convegni dell'ACP ma anche i convegni-vacanza) saranno "da noi" rimborsate con abbondanti interessi a chi "gentilmente" ci ha favorito, in quest'istante la nostra azione cessa d'essere totalmente inconscia e riaffiora la nostra responsabilità individuale.

Con questo non voglio fare il buono (anzi il "buonista"), l'onesto e il rigoroso in un mondo di disonestà, ma credo che su quest'indistinto confine fra il conscio e l'inconscio ci stiamo giocando non poco. Questo ragionamento non intende neppure portare alcuno a sentirsi colpevole per aver accettato l'invito al rimborso spese (per lui e magari per qualcuno dei suoi cari), né io stesso mi sentirei davvero colpevole se mai accettassi la gentile disponibilità delle "benefattrici" case di latte, né ritengo che si debba demonizzare l'industria per i metodi che usa, se questi metodi sono in realtà (per ora) perfettamente legali (4) (5).

Ma a questo punto sorge spontanea una domanda: sarà giusto "opporci" ai messaggi subliminali, che forzano la nostra prescrizione e ci fanno diventare "complici innocenti" e neanche del tutto innocenti?

E se la risposta fosse positiva, come opporci in un campo che esula dalla nostra stessa volontà? Un modo forse c'è. Potremmo utilizzare quello stesso meccanismo che ci permette di mantenere buoni rapporti con i nostri pazienti "antipatici": forzare la nostra volontà ad un razionale comportamento opposto a quello che sarebbe naturale; in questo caso

suF
nos
bile
For
cer
i vè
Ma
latt
Bal
tant
sile
trar
For
NO
(1) I
mac
pres
alle
coll.
266:
(2) I
tima
inte:
influ
pres
Bert
caux
(3) C
di pa
medi
spon
clude
desse
farm
pres
Schw
(4) L
front
da pe
di co
Hear
from
(5) S
1991
pubb
tipo.
stato
d'ind
non s
crede
molti
d'ess
pres
ghett
1994.

superare e cinicamente "invertire" il nostro "sentirci in obbligo" ad un "tangibile" segno di gratitudine.

Forse ancora non sono riusciti a convincerci che ci siano delle differenze reali fra i vari latti del commercio, e allora: la ditta Mammalat ci ha pagato le spese? Usiamo latti Tettadry! Il collaboratore della ditta BabbNatal è davvero simpatico e ci offre tanti doni? Frughiamo nella concorrenza silenziosa. Forse cos' "ci sentiremo più tranquilli. Forse.

NOTE:

(1) Non dimentichiamo che i costi dell'Industria farmaceutica per il marketing e la promozione della prescrizione sono equivalenti, quando non superiori, alle spese investite per la ricerca: Goldstein A.O. e coll. *Gifts to physicians from industry. JAMA 199; 266: 61.*

(2) In svizzera ogni medico riceve in media ogni settimana la visita di tre informatori. L'81% dei medici intervistati in questo studio ammette d'essere influenzato da queste visite nel loro comportamento prescrittivo (perché non fare studi anche in Italia?): Berthoud S. e coll. *Enquete sur les delegues mediceux. Bull. Med. Suisses 1979; 2:56.*

(3) C'è una correlazione sorprendente tra il numero di pagine pubblicitarie comparse sulle quattro riviste mediche svizzere più diffuse e il volume della corrispondente prescrizione dei farmaci. Lo studio conclude che sarebbe augurabile che i medici se ne rendessero conto, e cercassero di avere informazioni sui farmaci più obiettive: Berthoud S. e coll. *Profil de prescriptions en Suisse Romande et au Tessen, Schweiz. Med. Wischr. 1979; 109:1194.*

(4) La politica di promozione delle vendite nei confronti della classe medica è sottoposta ad indagine da parte del senato degli Stati Uniti perché in grado di condizionare le prescrizioni: Randal T. Kennedy. *Hearings say no more free lunch - or much else - from drug firms. JAMA 1991; 265:440*

(5) Secondo i dati dell'industria chimica svizzera nel 1991 ogni medico ha ricevuto 87 Kg di materiale pubblicitario non richiesto (...) e con regali d'ogni tipo. Una politica del genere meriterebbe, come è stato fatto negli USA, la creazione di commissioni d'indagine. Più di una ricerca conclude che i Medici non sono tanto liberi nelle loro prescrizioni quanto credono, e che la loro dipendenza dal marketing è molto forte. L'industria lascia credere al medico d'essere il solo a decidere la scelta e il volume delle prescrizioni: *Il mercato della Salute di G. Domenighetti pag. 41. CIC Edizioni Internazionali. Roma 1994.*

NUTRICIA SI COMPRA MILUPA ancora sul mercato dei latti

di Giancarlo Biasini

Ritorniamo sul mercato dei latti anche se qualcuno ha detto di noi "ma di che cosa vanno occupandosi questi! Mai successo in tutta la storia della pediatria". Crediamo che sia vero: mai successo! Ma ce ne occupiamo perché siamo noi pediatri, per buona parte, gli induttori del mercato e dobbiamo (almeno!) capire, o cercare di capire, che cosa vi succede.

Dunque a fine agosto i giornali economici hanno pubblicato che Nutricia ha comprato Milupa. Vediamo di capirci qualcosa.

I PROTAGONISTI.

Nutricia è un gruppo alimentare olandese controllato, però, per il 32% dalla inglese Unigate. E' leader nel mondo anche se in Italia, dove è presente solo dal 1992, controlla solo il 4% del mercato dei latti per l'infanzia. Ha un giro d'affari di 1500 mld. *Milupa* è, o era, un gruppo alimentare tedesco, attivo esclusivamente nel *food per infanzia*, mentre *Nutricia* è presente anche nella nutrizione parenterale. Era controllato dalla tedesca Altana, che per il 50% è di proprietà della famiglia Quandt Klatten. Ha un giro d'affari di 1100 mld. In Italia controlla il 17% del mercato dei latti.

L'OPERAZIONE

Nutricia ha acquistato *Milupa* per 900 mld. Secondo i giornali economici la liquidità disponibile di *Nutricia* è di 250 mld per cui sarà necessario un aumento di capitale per drenare denaro fresco. Questo non sembra essere stato gradito dalla borsa che ha reagito negativamente con una caduta del titolo *Nutricia* fino al 7%.

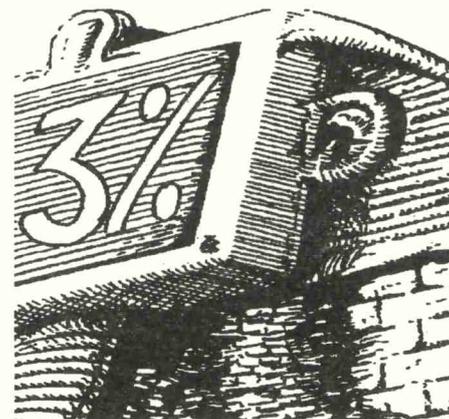
Lo scopo della operazione sembra essere il tentativo di *Nutricia* di conquistare quote importanti di mercato nella Europa centro-meridionale dove il gruppo olandese è abbastanza debole. In verità quella della concentrazione è oramai una tendenza generale nel mondo degli alimenti per l'infanzia. Dopo l'incorporazione della *Guigoz* da parte della *Nestlé*, dopo la concentrazione nel marchio *Heinz* (11.000 miliardi (sic!) di ricavi nel 1994) di *Pla-*

smom e Dieterba e dopo il recente acquisto della *Gerber* da parte di *Sandoz* questa è la quarta grande operazione di concentrazione.

In verità si tratta solo di operazioni finanziarie: le linee commerciali rimangono invariate, i prodotti rimangono quelli ed in periferia non sembra accadere nulla.

E' probabile che per i paesi europei, come l'Italia, che ancora non hanno fatto il passaggio dei cibi per l'infanzia verso la grande distribuzione (i supermercati per intenderci) questo sia il preludio del passaggio. I gruppi troppo piccoli, infatti, non possono permettersi di trattare con le catene dei supermercati in condizioni di parità. Gli scaffali (si chiamano *navette*) dei supermercati costano cifre iperboliche che solo i grandi attori possono permettersi. L'ingresso di *Plasmon* (e quindi di *Heinz*) nella proprietà della *Fattoria Scaldasole*, per l'80% in mano alla famiglia Ribolla, ha infatti il significato di trascinare la *Scaldasole* sulle navette dei supermercati dove *Plasmon* è già fortemente presente, ma nei quali, da sola, la piccola *Scaldasole* non avrebbe la forza di reggere. Tanto più che l'intento è di commercializzare il fresco, cioè i formaggi e lo yogurt che sono ancora più difficili da gestire.

Un'ultima considerazione: tutte e quattro le grandi operazioni (ed anche quella della *Scaldasole*) hanno concordemente portato fuori dall'Italia i miliardi di utile prodotti dai cibi per l'infanzia. E' una considerazione autarchica?



CAUSE DI MORTE IN ETÀ PEDIATRICA

Vengono presentati in questo numero i tassi di mortalità specifici per causa, stratificati per classi d'età, per area geografica (Nord, Centro e Sud più Isole) e per sesso. I tassi sono stati calcolati utilizzando i dati di tre volumi dell'Istat: Cause di morte, anno 1991, annuario n.7, edizione 1994, per i numeratori; Nascite e decessi, anno 1991, annuario n. 7 edizione 1994, e Popolazione e movimento anagrafico dei comuni, anno 1990, annuario n.3, edizione 1992, per i denominatori. Le classi d'età prese in esame vanno dalla nascita a meno di un anno, da 1 a 4 anni compiuti e da 5 a 14 anni compiuti. I tassi per area geografica si riferiscono alla popolazione residente. La mortalità nel primo anno di vita (mortalità infantile) è riferita a 1.000 nati vivi; per il calcolo dei tassi nelle età successive è stata utilizzata al denominatore la popolazione al 1/1/1991.

Per quanto riguarda l'analisi per sesso, la mortalità nel primo anno di vita si riferisce alla popolazione presente, mentre per le età successive è stato necessario, in mancanza di altri dati pubblicati, utilizzare al numeratore il numero di decessi nella popolazione presente e al denominatore la popolazione residente. L'errore introdotto dall'uso di questi denominatori "impropri" è, tuttavia, trascurabile, dato che l'analisi si riferisce a tutta la popolazione italiana. Le cause di morte nel primo anno di vita della classificazione P perinatale dell'Istat, derivata dalla IX revisione della classificazione analitica WHO, sono state accorpate in raggruppamenti funzionali omogenei aventi delle chiare implicazioni cliniche (1)(2). Oltre il primo anno i gruppi di cause riflettono prevalentemente la patologia d'organo, anche se non mancano gruppi orientati in senso etiologico, come le malattie infettive. È possibile che le patologie infettive con localizzazione d'organo siano in buona parte incluse nel gruppo di cause riguardanti quell'organo, come nel caso, ad esempio, delle meningiti, delle infezioni respiratorie e delle infezioni gastrointestinali.

Mortalità infantile (Tabb. 1 e 2)

Il tasso complessivo nella popolazione residente è di 8.09×10^3 . La causa di morte più importante è rappresentata dai disturbi degli scambi gassosi post-natali, cioè quelli dovuti a sindromi respiratorie, anosia post-natale, prematurità e immaturità, seguiti da difetti congeniti/anomalie cromosomiche e dalle cause raggruppate sotto la voce "altre". È quest'ultima, una categoria molto eterogenea, comprendente, tra l'altro, stati morbosi mal definiti e altre condizioni non classificabili. Vengono poi i disturbi degli scambi gassosi prenatali, cioè quelli dovuti a malattie della madre o a patologia degli annessi, del travaglio e del parto, che provocano ipossia cronica in utero o asfissia acuta perinatale, e via via tutte le altre cause.

I bambini del Nord muoiono meno di quelli del Centro, i quali a loro volta muoiono meno di quelli del Sud. Tale gradiente è evidente per quasi tutte le cause; in termini relativi la maggiore differenza si riscontra per le infezioni e per i disturbi degli scambi gassosi post-natali. Un andamento inverso è invece presente nella mortalità per cause accidentali, che è più alta nel Centro-Nord che nel Meridione. È interessante notare che la mortalità dei bambini non residenti o con residenza non indicata è più alta di quella dei residenti, in particolare per infezioni, incidenti e altre cause. I tassi di mortalità dei maschi sono sempre più elevati di quelle delle femmine per tutte le cause ad eccezione delle infezioni perinatali e post-natali.

Tab. 1. Mortalità nel 1° anno di vita (x 1.000 nati vivi) per causa e area geografica nel 1991. Popolazione residente.

	Nord	Centro	Sud	Altri	Totale
Difetti congeniti					
anomalie cromosomiche	1.66	1.73	2.32	2.20	1.98
Mal. emolitica del neonato	0.01	0.03	0.03	0	0.02
Lesioni traumatiche dell'encefalo					
per complicazioni durante il parto	0.33	0.31	0.36	0.40	0.34
Disturbi degli scambi gassosi					
- patologia materna, annessi, travaglio e parto (asfissia)	0.54	0.87	0.91	1.00	0.77
- sindromi respiratorie					
anosia post-natale, prematurità e immaturità	1.89	2.91	3.97	3.00	3.02
Inf. perinatali e post-natali	0.21	0.29	0.69	1.00	0.45
Altre	1.30	1.02	1.57	3.60	1.39
Traumatismi, incidenti					
avvelenamenti	0.18	0.15	0.09	0.60	0.14
TOTALE	6.12	7.32	9.94	11.81	8.12
N. nati vivi	206082	93762	257948	4995	562487
N. deceduti	1261	686	2565	59	4571

Tab. 2. Mortalità nel 1° anno di vita (x 1.000 nati vivi) per causa e sesso nel 1991. Popolazione presente

	Femmine	Maschi
Difetti congeniti, anomalie cromosomiche	1.82	2.13
Mal. emolitica del neonato	0.01	0.03
Lesioni, traumatiche, dell'encefalo		
per complicazioni durante il parto	0.31	0.37
Disturbi degli scambi gassosi		
- patologia materna, annessi, travaglio e parto (asfissia)	0.64	0.89
- sindromi respiratorie		
anosia post-natale, prematurità e immaturità	2.62	3.40
Infezioni perinatali e post-natali	0.47	0.44
Altre	1.27	1.51
Traumatismi, incidenti, avvelenamenti	0.12	0.15
TOTALE	7.26	8.93
N. nati vivi	272803	289984
N. deceduti	1980	2591

Mortalità fra 1 e 4 anni (Tabb. 3 e 4)

Il tasso complessivo è di $29,83 \times 10^5$, con lievi differenze fra aree geografiche. La mortalità più alta è quella per malformazioni, seguita dalla mortalità per incidenti e da quella per tumori. I tassi sono più alti nel Sud rispetto al Nord per malattie del sistema nervoso, del sistema circolatorio, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Il contrario avviene per malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e immunitarie. In nessun caso, tuttavia, le differenze assolute fra tassi sono particolarmente marcate. La mortalità complessiva dei maschi è solo di poco superiore a quella delle femmine. Non sembrano inoltre esistere differenze sistematiche tra sessi nelle mortalità specifiche per causa. La mortalità per incidente è 1,5 volte più alta nei maschi che nelle femmine.

Tab. 3. Mortalità in età da 1 a 4 anni (x 100.000) per causa e area geogr. nel 1991.

	Nord	Centro	Sud	Totale
Malattie infettive e parass.	0.75	0.80	0.83	0.80
Tumori	5.00	6.41	5.28	5.37
Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche, immunitarie	2.00	2.14	1.30	1.69
Malattie del sangue	0.37	0	0.18	0.22
Disturbi psichici	0.12	0	0	0.04
Mal. del sistema nervoso	2.75	1.87	3.15	2.80
Mal. del sistema circolatorio	1.88	1.87	2.41	2.13
Mal. dell'apparato respiratorio	1.63	3.20	2.97	2.53
Mal. dell'apparato digerente	0.37	0.53	0.65	0.53
Mal. apparato genito-urinario	0.25	0	0.18	0.18
Mal. sistema osteo-muscolare e connettivo	0	0	0.18	0.09
Malformazioni	6.13	5.34	6.58	6.21
Stati e sintomi maldefiniti	1.25	1.07	1.48	1.33
Traumatismi e avvelenamenti	5.75	6.14	5.93	5.90
TOTALE	28.27	29.37	31.15	29.83
Popolazione a rischio	799510	374548	1078690	2252748
Deceduti	226	110	336	672

Mortalità fra i 5 e i 14 anni (Tabb. 5 e 6)

Il tasso complessivo è di $18,18 \times 10^5$, anche in questo caso con lievi differenze fra aree geografiche. Le cause della morte più frequenti sono gli incidenti e i tumori; seguono a distanza le altre cause. Non vi sono differenze di rilievo tra aree geografiche, se non una lieve tendenza della mortalità per malattie del sistema nervoso ad aumentare da Nord a Sud. La mortalità dei maschi è 1,6 volte più alta di quella delle femmine. Il 70% di questa differenza è dovuta alla mortalità per incidenti, molto più alta nel sesso maschile.

Commento

Nel primo anno di vita le cause di morte più importanti sono quelle perinatali, in particolare le patologie respiratoria post-natale, i difetti congeniti e la sofferenza acuta e cronica in utero. Dopo il compimento del primo anno le cause di morte più frequenti sono gli incidenti, i tumori e le malformazioni.

Nel primo anno di vita sono evidenti le differenze di mortalità per luogo di residenza; in particolare tassi sono elevati per un piccolo gruppo di bambini non residenti o con residenza non indicata. Dopo il compimento del primo anno le differenze fra aree geografiche si riducono notevolmente fino a scomparire. La mortalità dei maschi è maggiore di quella delle femmine nel primo anno e tra 5 e 14 anni. In quest'ultima età, la maggior parte della supermortalità maschile è dovuta a incidenti. A proposito della mortalità per cause accidentali, è degno di rilievo un dato che viene spesso trascurato e cioè che essa è più elevata nel primo anno di vita che nelle età successive ($13,44 \times 10^5$ nel primo anno, $5,90 \times 10^5$ da 1 a 4 anni e $6,48 \times 10^5$ fra 5 e 14 anni). Questa maggiore mortalità è legata in particolare all'alta frequenza di casi dovuti a inalazione di corpi estranei, che rappresentano il 50% di tutte le morti per motivi accidentali nel primo anno. Gli incidenti come causa di morte nel primo anno di vita vengono talvolta sottovalutati, data l'importanza di gran lunga maggiore delle cause perinatali. È anche interessante il fatto che, sempre nel primo anno, la mortalità per incidenti aumenta da Sud a Nord; l'approfondimento di questo aspetto va però al di là degli scopi di questa esposizione.

bibliografia

- (1) Karlberg P., Priolisi A., Landstroem T., Selstam U. - Clinical analysis of causes of death with emphasis on perinatal mortality. *Monogr Paediatr* 1977;9: 86-120
- (2) Corchia C., Bertolini R. - Patologia Pediatrica. *Epidemiologia e Prevenzione* 1991; 48/49: 79-86.

Tab. 4. Mortalità in età da 1 a 4 anni (x 100.000) per causa e sesso nel 1991. Numeratore: popolazione presente; denominatore: popolazione residente.

	Femmine	Maschi
Malattie infettive e parassitarie	1.19	0.43
Tumori	5.04	5.77
Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche, immunitarie	1.92	1.46
Malattie del sangue	0.09	0.43
Disturbi psichici	0	0.09
Mal. del sistema nervoso	3.02	2.58
Mal. del sistema circolatorio	2.01	2.24
Mal. dell'apparato respiratorio	2.20	2.93
Mal. dell'apparato digerente	0.37	0.77
Mal. dell'apparato genito-urinario	0.09	0.26
Mal. del sist. osteo-muscolare e connett.	0.18	0.09
Malformazioni	7.42	5.25
Stati e sintomi maldefiniti	1.28	1.38
Traumatismi e avvelenamenti	4.85	7.49
TOTALE	29.68	31.26
Popolazione a rischio	1091685	1161063
Deceduti	324	363

Tab. 5. Mortalità in età da 5 a 14 anni (x 100.000) per causa e area geografica nel 1991. Popolazione residente

	Nord	Centro	Sud	Totale
Mal. infettive e parassitarie	0.12	0	0.26	0.17
Tumori	3.96	6.27	5.40	5.02
Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche, immunitarie	0.66	0.98	0.80	0.78
Malattie del sangue	0.21	0.36	0.36	0.30
Disturbi psichici	0.08	0	0.07	0.06
Mal. del sistema nervoso	0.95	1.25	1.69	1.34
Mal. del sistema circolatorio	1.03	0.89	1.16	1.07
Mal. dell'apparato respiratorio	0.62	0.36	0.73	0.62
Mal. dell'apparato digerente	0.16	0.45	0.20	0.23
Mal. apparato genito-urinario	0.12	0	0.17	0.12
Malattie della pelle	0.04	0	0.07	0.05
Mal. sist. osteo-muscol. e conn.	0	0	0.07	0.03
Malformazioni	1.94	1.16	1.42	1.57
Stati e sintomi maldefiniti	0.29	0.09	0.43	0.32
Traumatismi e avvelenamenti	7.51	5.10	6.17	6.48
TOTALE	17.75	16.92	18.99	18.18
Popolazione a rischio	2421928	1116915	3016565	6555408
Deceduti	430	189	573	1192

Tab. 6. Mortalità in età da 5 a 14 anni (x 100.000) per causa e sesso nel 1991. Numeratore: popolazione presente; denominatore: popolazione residente.

	Femmine	Maschi
Malattie infettive e parassitarie	0.19	0.12
Tumori	4.23	5.97
Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche, immunitarie	0.78	0.80
Malattie del sangue	0.41	0.30
Disturbi psichici	0.03	0.03
Mal. del sistema nervoso	1.29	1.42
Mal. del sistema circolatorio	0.91	1.28
Mal. dell'apparato respiratorio	0.72	0.59
Mal. dell'apparato digerente	0.09	0.39
Mal. dell'apparato genito-urinario	0.06	0.18
Mal. della pelle	0.03	0.06
Malformazioni	1.41	1.66
Traumatismi e avvelenamenti	3.54	9.53
TOTALE	14.08	22.66
Popolazione a rischio	3188031	3367377
Deceduti	449	763



IL NUOVO DECRETO SULLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

La Gazzetta ufficiale dell'11 maggio 1995 ha pubblicato le modificazioni all'orientamento didattico per le scuole di specializzazione.

Per quanto riguarda la pediatria la scuola è articolata nei seguenti indirizzi:

pediatria generale

adolescentologia

allergologia ed immunologia

broncopneumologia

cardiologia pediatrica

endocrinologia e diabetologia

gastroenterologia ed epatologia

nefrologia

neonatologia e terapia intensiva neonatale

neurologia

oncologia ed ematologia

pediatria di comunità

reumatologia

Il corso avrà la durata di 5 anni: i primi tre per la formazione generale; i secondi due per la formazione negli specifici indirizzi. Il diploma di specializzazione rimarrà quello di *Specialista in pediatria*. Si farà cenno della subspecialità conseguita solo nei documenti accessori al diploma.

I PROBLEMI CHE NASCONO

Il primo problema riguarda la sede della formazione. È chiaro che tutte le scuole potranno formare specialisti in pediatria generale, ma non tutte potranno fornire la formazione negli indirizzi previsti. Occorre quindi stabilire dei criteri (casistica? letti? ricerca?) per i quali una sede, e non un'altra, può organizzare un corso invece che un altro. Rimane fisso ed invariato il problema della formazione extraospedaliera e nell'area delle cure primarie per la *pediatria generale*. Di questo abbiamo trattato più volte, fino alla noia, abbiamo pubblicato documenti (ACP-quaderni 1995:3/4:34-7) e non ci ripetiamo. Per la *pediatria di comunità* e per l'*adolescentologia* questo problema è rovesciato in quanto, per questi indirizzi, è prevalente la formazione utilizzabile al di fuori degli istituti universitari. Qui occorrerà valutare le esperienze e le metodologie formative e valutative delle strutture extraospedaliere oltre che di quelle universitarie.

QUANTI SPECIALIZZANDI FORMARE?

Il numero di specializzandi per anno rimane naturalmente di competenza del ministero. Nasce, però, un secondo problema: all'interno di questo numero, quanti subspecialisti formare nei rispettivi indirizzi? E su quale criterio fondare la scelta? Come valutare le necessità del paese nelle singole specialità? Sembra abbastanza agevole determinare i fabbisogni di pediatri di comunità, anche se la concomitante presenza di igienisti negli stessi settori potrà determinare una non semplice complicazione. Qui occorrerà molta vigilanza perché le Aziende USL valutino il fabbisogno complessivo di medici di comunità e poi lo sezionino nei due archi di età: <18 e >18. In questo ambito il prestigio delle scuole di provenienza finirà col giocare non poco. È bene che i direttori delle scuole si pongano questo problema. Più difficile, anche se non impossibile, in quanto basata sui criteri epidemiologici relativi all'età, sembra la determinazione del fabbisogno di adolescentologi. Ma qui sarà fondamentale, anche se molto difficile, conoscere quanti programmi ci sono in Italia in questo settore. Per i subspecialisti d'organo occorrerà tenere conto che -anche a livello degli ospedali che, per intenderci, chia-

meremo ex provinciali- vi sono, e sono abbastanza diffusi, i moduli di *neonatalogia, di broncopneumologia, di gastroenterologia e di nefrologia*.

Una accurata indagine in questo ambito sembra perciò necessaria. Meno frequenti, o addirittura assenti, sempre negli ospedali ex provinciali, gli altri indirizzi, anche se è ovvio che, in base alle singole necessità, nei singoli ospedali sarà preferibile avere un collaboratore, oltre che un primario, ora cardiologo, ora ematologo. Ma su questa base sarà molto difficile effettuare delle stime di fabbisogno.

La determinazione dei candidati agli indirizzi non potrà, dunque, non tenere conto di queste realtà organizzative, avendo pur sempre presente che la specializzazione rimane in *pediatria* quindi apre tutte le strade, con la esclusione, forse, della neonatologia per la quale, quando sarà attivata la idoneità separata, occorrerà possedere la specialità nell'indirizzo.

E GLI ATTUALI SPECIALISTI ?

Dovrebbe ragionevolmente essere prevista la possibilità, per gli attuali specialisti in pediatria, di adire ai due anni dei corsi di subspecializzazione per il conseguimento del diploma d'indirizzo anche se su questo il decreto tace.

LA MIGRAZIONE SUD-NORD DEI MALATI DI TUMORE SEMBRA CALARE

I colleghi oncoematologi della clinica pediatrica di Bologna hanno riferito, in un poster presentato al congresso della SIP, i dati sulla migrazione dei malati oncoematologici in Italia paragonando i dati del 1989 e quelli del 1994.

La tabella che segue si legge così.

Il numero indica la percentuale di bambini con leucemia e tumori curati nella regione di residenza. La differenza fra 100 ed il numero indicato indica il numero dei bambini che ha migrato in altre regioni. Nella colonna delta è indicata la differenza in meno verificatasi durante il quinquennio.

All'interno delle regioni, o di qualche regione, possono esserci notevoli differenze interprovinciali.

REGIONE	1989	1994	delta
ABRUZZI	15.8	17.6	-1.8
UMBRIA	41.7	84.6	-42.9
CAMPANIA	57.5	69.9	-12.4
CALABRIA	15.4	29.8	-14.4
PUGLIA	65	79.8	-14.8
SICILIA	43	61	-18
SARDEGNA	38.7	52.4	-13.7



NAPOLI, BAMBINI D'EUROPA

L'Amministrazione Comunale di Napoli ha voluto dare una priorità programmatica ed operativa alle azioni di tutela e salvaguardia dei diritti e delle condizioni di vita dei bambini e dei ragazzi di Napoli per questo è stato elaborato un progetto denominato "Napoli, Bambini d'Europa".

Nell'ambito di questo progetto si inserisce l'iniziativa dell'ACP Campania che ha iniziato a sperimentare un nuovo modello di intervento sul bambino a rischio sociale e sulla sua famiglia. Si tratta in pratica di individuare alla nascita, tramite alcuni semplici indicatori (istruzione della madre, età della mamma, zona di residenza etc.) il bambino a rischio. Una volta individuato il bambino viene "adottato" dal Centro Integrato di Quartiere (in pratica il Consultorio Familiare affiancato da gruppi di volontariato) e seguito nelle tappe fondamentali del suo sviluppo. La novità è che la struttura socio sanitaria (Centro Integrato di quartiere) per questi bambini lavorerà "ad offerta attiva di prestazioni" (con visite domiciliari programmate) e non a domanda. L'idea di fondo è quella di intervenire prima che la famiglia a rischio si rivolga ai servizi sociali, prima cioè che il disagio sia già chiaramente manifesto.

L'obiettivo del progetto "Napoli Bambini d'Europa" è quello di coordinare tutte le iniziative dell'Amministrazione comunale nel campo dell'infanzia e dei minori e di promuoverne altre incentivando la collaborazione del volontariato sociale e dell'associazionismo giovanile sia nella fase di elaborazione che di gestione. L'Amministrazione comunale, in pratica si impegna ad operare con tutti i mezzi e le risorse disponibili ed eventualmente reperibili, affinché quei diritti dei minori, sino ad oggi costantemente negati, trovino riconoscimento e piena cittadinanza.

Si tratta di realizzare un ri-adequamento dei servizi per l'infanzia e dell'intero "sistema-città" alle reali esigenze dei bambini, considerandoli non più oggetto di interventi assistenziali ma protagonisti e soggetti attivi del proprio futuro; garantendo loro il pieno rispetto di quei fondamentali diritti al benessere psicofisico, all'istruzione, alla cultura e relazioni sane nel rapporto familiare ed extra familiare, al gioco, all'affettività ed alla partecipazione democratica alla vita cittadina.

L'obiettivo di fondo è quello di lavorare per realizzare una "città-società" amica dei bambini.

Per il momento sono stati avviati progetti specifici (tra cui il progetto di adozione sociale del bambino a rischio promosso dall'ACP, i tirocini di preformazione per inserire i giovani a bassa scolarizzazione e usciti dall'obbligo scolastico, presso artigiani e piccole aziende,) in alcuni quartieri della città dove il disagio sociale è più forte e campagne di informazione e sensibilizzazione, per esempio sull'affidamento familiare, per implementare un processo di sviluppo di una cultura dei diritti dell'infanzia.

L'iniziativa è certamente di grande importanza ma lo è ancor di più in una città, Napoli, che ha alti tassi di evasione scolastica e vaccinale, alte percentuali di minori rinchiusi in carceri



Dalla stampa

Il Prof. Franco Panizon ha tenuto una serie di conferenze su alcune rare malattie di origine ambientale nelle quali ha esposto le proprie originali teorie patogenetiche

APPELLI VIA ACP

PER UNA "BUONA MAESTRA TELEVISIONE"

Karl Popper nel libro "Cattiva Maestra Televisione" ha messo in evidenza i danni sociali di un'espansione non controllata della TV in termini di influenza sui comportamenti, di competizione nella famiglia e nella scuola e nella crescita oltremisura di miti e di divismi. Popper sostiene che la TV immette con i suoi programmi violenza contrastando le basi di uno stato di diritto che deve fondarsi sull'educazione alla non violenza. Il filosofo viennese infine propone l'istituzione di "una patente per fare la TV" che possa essere ritirata qualora non si agisca per far diventare la Tv "una forza culturale per il bene".

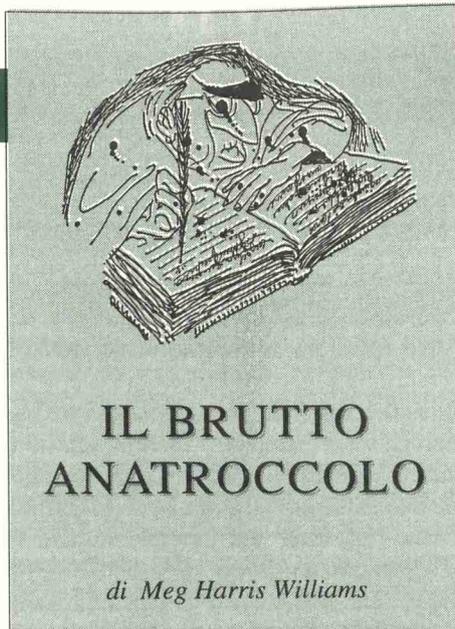
Nel nostro Paese non esiste un codice deontologico che disciplina i programmi televisivi; i bambini e i giovani sono esposti a tutto. La cooperativa Casa delle arti e del gioco che ha sede a Cremona ha promosso a livello nazionale una raccolta di firme per chiedere al Ministro delle Poste e Telecomunicazioni che venga nominata un'équipe di esperti che partecipi con poteri propositivi e di veto all'elaborazione dei palinsesti delle trasmissioni rivolte ai bambini e ai giovani delle reti pubbliche e private. Le proposte sono tante e tutte intente a trasformare la TV in un mezzo educativo con la messa in onda, per esempio, di eventi significativi come concerti, spettacoli, film di alto valore artistico, telegiornali per bambini e giovani in cui si dia risalto agli eventi positivi riferiti ad esperienze umane che contribuiscono a costruire una società non violenta; l'eliminazione delle pubblicità da tutti i programmi destinati ai bambini, l'eliminazione di cartoni animati violenti, la lettura quotidiana di fiabe e racconti e così via. Credo che sia una proposta alla quale bisogna aderire come pediatri e come cittadini non solo personalmente ma sensibilizzando tutte le persone che ci contattano nel nostro lavoro quotidiano attraverso una raccolta di firme a sostegno della proposta della Cooperativa della casa delle arti.

Le firme raccolte (con nome, cognome, indirizzo e firma) vanno inviate alla Cooperativa Casa delle arti e del gioco, 26034 - Drizzona (Cremona) tel. 0375-98308.

Stefania Manetti

Il racconto che pubblichiamo questo mese è tratto da un libro di Romana Negri: "Il neonato in terapia intensiva: un modello neuro psicanalitico di prevenzione". Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.

Il mattino che seguì la notte in cui venni scacciato prematuramente dal ventre materno nel corso di una violenta tempesta, all'età gestazionale di 32 settimane e 4 giorni, mi svegliai a pezzi, immobilizzato sul fondo dell'incubatrice, con tutti i miei sensi sottoposti separatamente a distinte forme di tortura: gli occhi sbarrati, per contrastare una luce insopportabile, la bocca arsa dalla sete, la cute graffiata dalla ruvidezza, le sensibili mucose del mio naso crudelmente forate da tubi estranei. Peggio ancora, le mie orecchie, i miei portali dell'armonia del mio corpo, non captavano alcuna musica familiare, nessun consenso ritmico: nulla se non il vuoto universale, con il discernimento di tutte le "entrate" annullato. Solo il dolore tentava un legame fra i miei sensi, permettendomi di riconoscere che erano tutti funzione di me stesso, ero Io. In contrasto con l'innaturale "vigilanza" dei miei sensi era l'agonizzante pesantezza del mio corpo, il peso morto degli arti e delle estremità che solo poche ore prima avevano danzato nel liquido amniotico con impetuoso potere. Ancora la notte prima avevo percorso la piacevole consistenza di Placenta, nelle nostre acque scure e profonde, mentre metà a piedi e metà volando esploravo l'universo che era stato creato per noi. (...) Non più nuotatore né volatile, giacevo assoggettato passivamente alle più varie direzioni, incapace di sostenere il mio capo languido. Benché sopraffatto dal dolore, un impulso profondo spinse i miei occhi ad aprirsi appena un poco, e nonostante la terribile luce accecante, io scorsi con sgomento le enormi e mirabili forme monolitiche che si profilavano sopra di me. Avrei potuto restare a bocca aperta per la sorpresa e urlare forte "Mirabile mondo nuovo!" se non fosse stato che i miei polmoni immaturi erano tenuti in scacco da una percezione infrasensoriale: mi resi improvvisamente conto che secondo gli esseri colossali onniscienti e onnipotenti che mi circondavano, io ero mostruosamente orribile, deforme al di là di ogni possibile immaginazione. Ero un tremendo errore,



IL BRUTTO ANATROCCOLO

di Meg Harris Williams

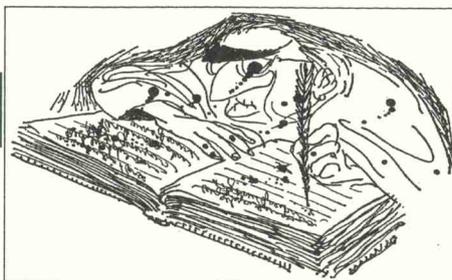
nato da un rapporto sessuale ripugnante, da qualche innaturale congiunzione delle stelle. Era emersa la verità, la vedevo faccia a faccia. Ero una creatura del buio, che assumeva l'orrida forma dell'oscurità visibile. Ed essendo messaggero di morte, con l'odore della morte appiccicato addosso, essi bucarono le mie narici - occhio per occhio, dente per dente - e le frecce entravano in profondità. Ero trafitto come Edipo sul Citeron. Non vi era astio nel dolore che mi causavano con l'immobilizzazione dei miei muscoli e il bruciore dei miei sensi, poiché chiaramente io non ero della loro stessa specie; non avevo i loro gusti o le loro passioni. Realizzai che stavano facendo i preparativi per il mio sacrificio; a ciò era dovuta la giudicante severità di quelle teste impassibili coperte di elmetti che annuivano miglia al di sopra di me.

A questo punto credo di essere sprofondata nell'incoscienza. Certamente trascorse un'eternità prima che i miei occhi si aprissero di nuovo. Quel tempo trascorse inizialmente soprattutto in uno stato di non essere, in cui forse non ero completamente incosciente, ma neppure addormentato o sveglio, spesso sfinito dalla stimolazione schiacciante e senza significato di uno o più dei miei orifizi sensitivi mentre fluidi venivano estratti o immessi dentro di me attraverso i piedi, il naso o il cuoio capelluto. Ero alternativamente abbandonato in un deserto sensoriale per un tempo infinito, per venire poi lanciato senza posa nell'onda bruciante di uno o l'altro dei miei sensi, in un modo che dislocava completamente il mio senso di identità. In effetti, era questa la causa principale della mia sofferenza, più ancora che il dolore fisico (a cui iniziavo ad

abituarmi, e che comunque era solo intermittente). (...) Abbandonai ogni tentativo di trovare un significato a quanto mi stava accadendo, o il perché i preparativi del sacrificio durassero così a lungo: mi sembravano più lunghi della mia stessa vita fino ad ora. (...) Come potete immaginare dal fatto stesso che io vi stia raccontando questa storia, dal mio ora fondato e sicuro punto di vista di bambino di tre anni di età, in pieno possesso della propria mamma, ce l'ho fatta, alla fine.

Ogni creatura ha la propria casa, che le dà una dignità, ma dopo la mia espulsione ero senza Comunione, in una condizione scoraggiante, senza Estrema unzione, e il fatto stesso di essere senza tetto mi mostrava come fossi un essere orribile, senza valore e insignificante. Gradualmente però l'incubatrice stessa divenne più simile a una casa. Il mio piede sinistro (quello che non era bendato per le punture sul calcagno) iniziò a riconoscere la liscia durezza del suo angolo smusso, il mio sedere iniziò a rannicchiarsi nell'incavo lanoso del materassino, con una sensazione quasi amichevole (benché fosse un triste cambiamento dal galleggiare nel liquido amniotico), e perfino ad apprezzare le fluttuazioni tra asciutto e bagnato e dime-narcisi dentro; in effetti, scoprii che ora i miei muscoli sembravano misericordiosamente legati con fili elastici, anziché rigidi. C'era anche, a momenti, una strana e incantevole musica, che mi ricordava un mormorio che conoscevo da molto tempo, ma ora era assai più forte e mi dava piacere, non mi feriva. Un altro incredibile aiuto alla ricomposizione dei miei pezzi era un nettare d'ambrosia che a volte veniva avvicinato alle mie labbra riarse e che la mia lingua succhiava immediatamente con golosità, così come aveva succhiato ed espulso il liquido amniotico. Così sapevo che vi erano ancora ricchezze in paradiso. (...) Fu dopo una successione di momenti come questi, che assunsero le caratteristiche di un pattern, che mi resi conto di una nuova verità: non ero all'inferno, bensì in purgatorio. Per qualche motivo ero stato riscattato dalla morte, nonostante la mia bruttezza. Il mio imprigionamento era terminato ed ero entrato in una esistenza di crisalide: Ora le pareti dell'incubatrice erano come membrane permeabili che mi permettevano di ruminare gli odori, i suoni e i movi-

menti della mia vita, passata e presente. (...) La storia dell'inizio della mia vita è andata più o meno come segue. Proprio all'inizio, quando il mondo fu creato per me poco dopo che il corteggiamento tra il mio uovo e lo sperma fu consumato, il mio desiderio e la mia volontà si muovevano secondo l'amore che muove il sole e le altre stelle; nuotavo in tutte le direzioni e tutte le direzioni erano Una. (...) Naturalmente, ero un Pitagorico, guidato dal mio senso innato di armonia, e dopo ogni rivoluzione nuotavo verso l'alto nelle nubi dal dolce profumo per armonizzare i miei sensi alla musica delle sfere. Fu in uno di quei voli regolari pieni di esuberanza adorante che, con mia sorpresa, incontrai per la prima volta Placenta, che era stato creato per essere mio amico e compagno. (...) Come giungemmo a conoscere a fondo il mondo che ci circondava! (...) Potete aver pensato che non vi fosse nulla di più che avremmo potuto chiedere alla vita. Nostre erano un'infinità di sensazioni, e quando il clima era inclemente - perché perfino nel nostro utero vi erano a volte sgradevoli vibrazioni alla cui fonte potevamo solamente sottometterci - affrontavamo sempre la tempesta assieme. Se mai, questi brevi periodi di ansia rafforzavano il nostro legame; eravamo profondamente religiosi e sapevamo che tutto avveniva nel nostro interesse finale. Ci impegnammo a dividere le nostre esperienze nella gioia e nel dolore, e io non immaginavo che mai potessimo essere divisi. Se ben ricordo, però, prima che giungesse la grande tempesta che distrusse il nostro mondo, vi erano stati alcuni brontolii di scontento, alcune questioni irrisolte. Poiché, man mano che la mia forza e miei poteri aumentavano - come facevano progressivamente - captavo una minore intenzione da parte del mio mondo di sistemarli: una specie di ribellione, un accalcarsi cercando posto, anche a volte un vero e proprio schiacciamento, una costrizione che non potevo più interpretare come semplice gioco. Da qualche parte vi era dell'ostilità. Sapevo che non era colpa di Placenta, e ancora ogni giorno viaggiamo in avanti e la sera riassumiamo la mia posizione vicino a lui sulla schiena dell'universo. (...) Ormai conoscevo assai bene il nostro mondo, e l'eccitazione pionieristica della conquista di terre ignote aveva perso buona parte del suo



sapere. Cominciai a sospettare dell'esistenza di una terza parte che violava il nostro spazio, in mutua amicizia, ma troppo dritta, troppo vicina. O forse anche più di uno: la mia fertile immaginazione suggeriva - e io tremavo al solo pensiero - che i mari potessero essere riempiti di uova, premessa di una innumerevole discendenza. Si trattava forse di segni premonitori? Non so ancora la risposta né se avrebbe potuto determinare alcuna differenza. E' certo infatti che nulla nelle mie amorevoli congetture mi preparasse all'improvvisa tempesta in cui Placenta e io fummo divisi e perduti, gettati con orrenda rovina e tumulto in una perdizione senza fine. Nella terribile confusione di ruggiti e disfatta, non so quale di noi due fu espulso per primo, ma la mia testa fu trascinata nell'abisso mentre i fluidi vitali venivano strizzati fuori di me, vidi Placenta con gli occhi della mente, il suo volto fatto a pezzi da dita rozze e gettato nel fiume in strisce spongiformi sanguinanti.

Crudeli furono le punizioni assegnati a coloro che erano così orribili e peccatori come io sapevo di dovere essere, lasciato arenare sulla riva per essere spazzato via da venti brucianti mentre Placenta, ne ero certo, era stato scartato per diventare un'isola, nuda e salata, una pura quintessenza di polvere. (...) Era quell'Altro forse di più nobile nascita di me (mera creatura della terra), quello che essi davvero desideravano, benché la mia bruttezza fosse poi stata riscatta e perdonata? Viene infatti da chiedersi chi stia ora occupando la mia prima casa. Beati coloro che non cercano di saperne di più. Basti qui portare rapidamente a conclusione la mia storia, che come sapete è una storia a lieto fine, con un'aggiunta ottimale. Poiché, nonostante la conclusione traumatica di questa storia-nella-storia, questo ricordo sembrò avere un effetto curativo sulla mia condizione critica, mentre stavo nell'incubatrice. (...) Poi, per quanto potesse sembrare strano, le manipolazioni sacerdotali degli esseri simili a Dei che stazionavano accanto a me invece di schiacciarmi ebbero sempre più spesso l'effetto di motivare i miei poteri a fun-

zionare indipendentemente, di esprimere perfino chiari intenti. Con mia somma gioia, realizzai che partendo dal mio piede sinistro ero in grado di ruotare l'intero mio corpo fino a trovarmi di sbieco nell'incubatrice, toccando le pareti con la testa e con i piedi, proprio come ero solito giacere di traverso nel fondo dell'utero. Placenta se ne era andato per sempre, scomparso nelle profondità del pavimento acquoso, ma i miei orizzonti si erano aperti e iniziai a credere che forse avrei potuto trovare un altro amico.

All'età gestazionale di 36 settimane e 2 giorni arrivò la svolta. Fin da prima che giungessero per estubarmi ero cosciente di uno strano fremito anticipatorio, del risvegliarsi di movimenti al mio interno che preparavano le mie preconcezioni verso qualcosa di straordinario. Percepì a malapena una puntura di spillo mentre il tubo familiare veniva rimosso, e vi fu solo il tempo per un frammento di secondo di panico e di rimorso mentre realizzavo quanto mi fossi attaccato a lui, quando con una brusca immissione di aria i miei polmoni gonfiarono il torace e la testa con il delizioso sapore di aria vera, temprata dagli immortali ma mai da me conosciuta prima d'ora.

Nuvole di gloria uscirono da ogni mio poro, la mia gioia era così intensa, con i suoi frutti che esplodevano contro il mio palato delicato, che sentivo che la morte non poteva essere lontana.

Mentre le mani accarezzavano una linea che scendeva lungo la schiena partendo dalla mia nuca, fui colpito dalla scoperta di essere una creatura con una spina dorsale, con un endoscheletro, un'identità sostenuta dall'interno; e tutti i miei sensi di colpo scattarono al comando angelico.

Con sommo terrore, mi accorsi che i miei occhi erano di nuovo sul punto di aprirsi. Sapevo che la conseguenza avrebbe potuto essere la morte, per la presunzione di voler guardare il paradiso dei paradisi. Ma dovevo sapere. Aprii gli occhi; vidi le stelle luccicanti che fiammeggiavano nella fronte del cielo mattutino.

Nel mezzo dell'abbagliante bianco fulgore che mi avvolgeva strettamente, la mia bocca si aggrappò al capezzolo che era al suo centro.

Contemporaneamente, l'angelo guardò verso il più profondo del mio cuore, e io vidi che ero un bellissimo bambino.

MILLE MODI PER CRESCERE I BAMBINI

Meredith F. Small*

Meredith Small insegna antropologia alla Cornell University.

Questo articolo è apparso il 24 giugno 1995 sul *New Scientist* con il titolo "Bringing up baby".

Se prendete in braccio vostro figlio ogni volta che piange, lo abituerete a fare la lagna solo per attirare la vostra attenzione. Non fate mai dormire il bambino con voi: girandovi nel sonno potreste schiacciare. I neonati devono mangiare a intervalli regolari: fate trascorrere almeno due ore tra una poppata e l'altra. Una buona madre dovrebbe parlare spesso con il proprio bambino(...). Tutti i neogenitori sono sommersi dai consigli di pediatri, esperti e di chiunque si fermi per strada per dare un'occhiata dentro alla carrozzina. Pochi, però, si rendono conto che la maggior parte di queste regole, di queste leggi per la cura del bambino, hanno una scarsa base scientifica.

Attraverso l' "etnopediatria" potremmo acquisire una visione più ampia e corretta del problema: un gruppo di antropologi, pediatri e studiosi dello sviluppo e della crescita, sta infatti cercando di scoprire in che modo i diversi comportamenti dei genitori, nei vari paesi, influiscano sulla biologia, la crescita, la salute e la sopravvivenza del bambino.

L'origine delle differenze

Questo progetto di ricerca mira inoltre all'individuazione dell'origine di tali differenze culturali, di come vengano determinate dalle aspettative sociali nei confronti del bambino, oltre che dai diversi atteggiamenti rispetto alla salute e alla malattia.

In Guatemala, ad esempio, le madri di bambini affetti da carenza di zinco, si preoccupavano per l'accresciuta vivacità dei loro figli in seguito alla somministrazione del minerale. Nella loro esperienza, una simile vivacità era associata alla malattia.

Trovare una spiegazione per le differenze nella maniera di allevare un figlio, nelle diverse parti del mondo, non è certo impresa facile (...). Approfondire le ricerche sulle pratiche parentali nella cultura occidentale non sarebbe utile: è nei paesi in via di sviluppo, in cui i valori attribuiti al ruolo di genitore sono diversi dai

nostri, che vive la maggior parte dei bambini. E gli etnopediatri non vogliono certo tentare di applicare dei modelli occidentali al resto del mondo.

Gli etnopediatri sono convinti che non esista una sola maniera "corretta" di allevare i figli: ci sono casi, però, in cui non risponde adeguatamente alle loro specifiche esigenze. Questi studiosi cercano appunto di individuare le pratiche parentali che contrastano con i bisogni del bambino.

I neonati sono uguali in tutto il mondo. I loro riflessi sono il risultato di milioni di anni di evoluzione: sanno per istinto quando hanno bisogno di mangiare e di dormire e segnalano ogni loro esigenza attraverso il pianto.

È il modo in cui tali esigenze vengono corrisposte che varia moltissimo da una società all'altra: dal momento in cui il neonato comincia a interagire con la madre viene a far parte di una società in rapida evoluzione, assai diversa da quella a cui i bambini si sono adattati nel corso dei secoli.

Le regole per l'allevamento dei figli, in tutte le società, mirano a farne dei bambini - e quindi degli adulti - conformi a valori di una data cultura. Le aspettative variano da società a società: il fatto di stimolare un bambino con un chiacchiericcio, ad esempio, può valere come metodo educativo nella cultura occidentale, in cui si attribuisce grande importanza al ruolo sociale dell'individuo. In altre società tale preoccupazione è molto meno pressante.

Le società, inoltre, non sono statiche. Quello che poteva sembrare giusto a una generazione di genitori, può invece essere considerato sbagliato dalla successiva. "In molti casi", spiega James McKenna, antropologo del Pomona College di Claremont California, "lo sviluppo culturale ha favorito la sopravvivenza e il benessere dei bambini. È importante però considerare la possibilità che una società si evolva in direzione contraria alle esigenze del bambino". Capire esattamente come una data cultura, e le pratiche parentali ad essa legate, influiscano sulla salute e sulla sopravvivenza del bambino è di fondamentale importanza.

L'allattamento

Una delle più accese dispute nel campo delle cure parentali riguarda l'allattamento al seno. Omogeneizzati e latte in polvere si sono enormemente diffusi nella maggior parte dei paesi industrializzati, a partire dal secondo dopoguerra. L'allattamento con il biberon era visto come un'ottima soluzione, sia per il bambino che per la madre. Molti attribuivano il calo della mortalità infantile, verificatosi in quegli anni, proprio all'allattamento artificiale, piuttosto che a un miglioramento nell'alimentazione e nell'assistenza medica. Nella cultura di allora, il biberon simboleggiava la "modernità", mentre l'allattamento al seno appariva primitivo, quasi un'offesa al pudore. Questa teoria si è poi dimostrata largamente infondata: le nazioni industrializzate hanno incoraggiato per anni, nei paesi in via di sviluppo, la sostituzione del latte materno con il latte di formula; ma dove le condizioni sanitarie e l'assistenza medica erano più scadenti, come nell'Africa sub-sahariana e in Bangladesh, c'è stata una brusca impennata del tasso di mortalità infantile (...).

Il pianto e il sonno

Ronald Barr, un pediatra della McGill University di Montreal, che si occupa dello sviluppo infantile, ha confrontato il modo di piangere di neonati di diverse culture. Ha scoperto, ad esempio, che il pianto dei bambini dei kung san, una tribù di cacciatori del Botswana, dura solo qualche secondo, mentre i neonati occidentali piangono molto più a lungo. Le donne kung san allattano i bambini con relativa frequenza - ogni quarto d'ora, per alcuni minuti - mantenendo così alto il tasso di zuccheri nel sangue del bambino, mentre un neonato occidentale viene nutrito più a lungo, ma a distanza di ore.

L'ipotesi di Barr è che la nutrizione contribuisca a determinare un certo tipo di pianto nel neonato: somministrando infatti a un bambino occidentale delle dosi extra di latte o di acqua zuccherata fra una poppata e l'altra, Barr ha dimostrato che il neonato smette di piangere per parecchi minuti, indipendentemente dal fatto di essere preso in braccio.(...) Barr è quindi giunto alla conclusione che il bambino sia sensibile al diverso tipo di alimentazione: nutrirlo ininterrottamente, forse, servirebbe a tenerlo tranquillo. Ma non c'è un

metodo, afferma Barr, che possa essere definito "corretto" a livello biologico.

Le diverse culture hanno idee contrastanti persino sul sonno del bambino. Sara Harkness, un'esperta di sviluppo infantile descrive così l'atteggiamento degli occidentali a questo riguardo: "Il sonno è un elemento così basilare della nostra esistenza che ci aspettiamo che tutti abbiano le stesse esigenze, e che un bambino di quattro mesi, ad esempio, possa dormire una notte intera senza svegliarsi". Questa norma, però, è solo un prodotto della nostra cultura. Da uno studio comparato di Harkness risulta infatti che i bambini kipsigis del Kenya si svegliano normalmente parecchie volte durante la notte, mentre i neonati di Los Angeles, conformemente alle aspettative dei loro genitori, cominciano prestissimo a dormire per tutta la notte. Ma anche in culture apparentemente molto simili, le "etno-teorie" determinano differenti pratiche parentali. Con un altro studio, Harkness e Super hanno dimostrato che i bambini olandesi vengono mandati a letto prima, e dormono in media due ore di più, dei bambini statunitensi. "I genitori olandesi ribadivano continuamente l'importanza della regolarità nella vita del bambino", racconta Harkness, "mentre i genitori americani insistevano di più sullo sviluppo delle potenzialità individuali del bambino e sulla massima intensità del rapporto genitori-figli. Anche nel caso del sonno, la pratica parentale riflette una differente etno-teoria". In occidente, di solito, il neonato dorme da solo in una culla o in lettino, e spesso neanche in camera con i suoi genitori. Questa pratica, secondo McKenna, si basa in realtà su di un apparato teorico molto utile per i genitori, ma non per i figli. Alcuni genitori, in Occidente, temono di poter schiacciare e soffocare, girandosi nel letto, il loro bambino, ma in molte altre società, invece, il figlio dorme di regola accanto ai genitori. C'è chi pensa che questo possa causare nel bambino una pericolosa dipendenza psicologica, che però non è dimostrata.

Il rapporto madre-figlio nelle ore notturne

Assieme a Sara Mosko, un'esperta che svolge ricerche sul sonno presso l'Università californiana di Irvine, McKenna recluta madri disposte a prestarsi, con i

loro bambini, a esperimenti per scoprire cosa avviene durante la notte. Dei cavi applicati alla testa, alle mani e all'addome di madre e figlio permettono di controllare su di un monitor la frequenza del battito cardiaco e le variazioni nella respirazione durante il sonno. Contemporaneamente, una videocamera registra il movimento dei loro corpi. Le linee spezzate che appaiono sul poligrafo mostrano che madre e figlio sono accordati come in una danza: quando uno dei due si sveglia, si sveglia anche l'altro, e quando la madre passa a uno stadio di sonno più profondo il bambino la segue. Nelle riprese si vedono madre e figlio dormire l'uno di fronte all'altra: i loro respiri si alternano ritmicamente. Ma ancora più straordinario è il fatto che la madre, inconsciamente, tende la mano per cullare il bambino che si agita nel sonno. Questo tango sognante, secondo la teoria di McKenna, è un risultato dell'evoluzione: serve a scuotere il neonato dalle apnee che si verificano mentre dorme, momenti di sospensione in cui tutti noi, nel sonno, smettiamo di respirare. McKenna sostiene che il bambino, praticamente, "impara a respirare" durante la notte: viene sollecitato dai movimenti della madre e stimolato a respirare dall'anidride carbonica da lei espirata. McKenna va ancora oltre, e afferma: "La storia evolutiva del bambino, e gli studi sulla sua psiche, dimostrano la sua capacità di rispondere favorevolmente a stimoli sensoriali". "Sappiamo" dice McKenna "che il battito cardiaco e il ritmo della respirazione cambiano quando il neonato sente parlare, ridere o cantare la madre, e che risponde positivamente a tali stimoli. I rumori dell'ambiente circostante aiutano il bambino a dormire bene". (...)

Fare la cosa giusta

La stessa definizione di "normale" dipende dal contesto culturale. Quello che è considerato un comportamento da buon genitore in una data società può non esserlo in un'altra. Due studi di Robert Le Vine ne danno la dimostrazione.

I gusii, che vivono nel sud-est del Kenya, sono poligami: ciascuna moglie coltiva il proprio pezzo di terra e provvede al sostentamento dei suoi figli. Le donne hanno, in media, dieci gravidanze; portano il bambino sempre con sé, dormono

con lui e lo allattano ogni volta che lo chiede, fino a un anno e mezzo circa di età. Poi tornano a lavorare a tempo pieno nei campi, affidando il piccolo ai suoi fratelli e sorelle, che possono avere anche cinque anni o poco più.

Le madri gusii si preoccupano di proteggere il neonato dai pericoli, di tenerlo calmo ed educarlo a ubbidire ai suoi fratelli più grandi. Le richieste di attenzione da parte del bambino vengono immediatamente accolte dalla madre, che lo tranquillizza attraverso il contatto fisico, mentre avviene raramente che la madre parli col bambino o lo incoraggi a esprimere i suoi sentimenti.

Dallo studio di Le Vine risulta che i bambini di famiglie di bianchi della media borghesia, a Cambridge, nel Massachusetts, vengono tenuti in braccio molto di meno, ma i genitori interagiscono con loro a livello verbale o visuale quasi ininterrottamente. Il genitore occidentale cerca di stimolare il figlio all'interazione sociale e all'esplorazione, per allenarlo ai lunghi anni di apprendimento che lo attendono in futuro.

Entrambi i modelli sono accettati dal "senso comune" vigente nella loro cultura: non possono essere definiti giusti o sbagliati, al di là del contesto sociale e ambientale in cui sono inseriti. Le madri gusii, ad esempio, nel vedere filmati sul comportamento di donne statunitensi di fronte a un bambino che piange, rimanevano stupite per la lentezza con cui esse provvedevano a tranquillizzare il figlio; una madre americana, di contro, non affiderebbe mai il suo piccolo alle cure di un bambino di cinque anni.

Le norme culturali da cui discendono le differenti pratiche parentali si basano, giustamente, sul concetto che il trattamento ricevuto nella primissima infanzia ha un grandissimo peso sulla formazione del carattere e della personalità del bambino. Ma, in fin dei conti, ogni sforzo del genitore e della comunità cui appartiene è sottomesso alla congenita variabilità dell'animo umano.

Un bambino occidentale, educato all'indipendenza, può diventare un adulto che non abbandonerà mai la casa dei genitori, così come un bambino gusii, cresciuto in assenza di stimoli verbali della madre, può diventare il primo della classe in una scuola di tipo occidentale.

Libri

Le Recensioni
di Nicola D'Andrea

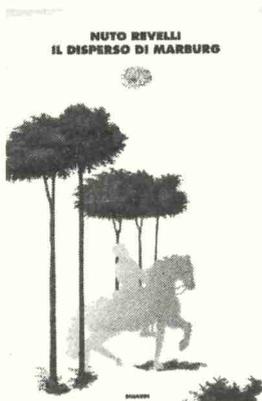
Non si tratta del solito romanzo storico ma in un'indagine-racconto sulla misteriosa identità di un nemico lontano nel tempo.

Nella primavera del '44, un militare tedesco usciva a cavallo, tutte le mattine dalla sua caserma nel cuneese, girava per le campagne e parlava con i bambini, offriva sigari ai contadini: "tedesco buono". Chi era? e come finì la sua storia? Revelli, dagli archivi militari di Germania, riesce a portare avanti una ricerca che ci racconta appassionandosi e facendoci prendere parte alla formazione di questo puzzle. Dopo otto anni di ricerca, l'ufficiale dell'esercito tedesco avrà un nome e un cognome, un battaglione, una famiglia, un passato.

Ma chi gli ha teso l'agguato in cui è scomparso, lasciando come unica traccia tangibile quel "brandello di camicia bianca" che il fiume ha risparmiato? Quale fu l'atteggiamento autentico della popolazione contadina?

La narrazione della vicenda del disperso di Marburg è la metafora di una tragedia collettiva comunque assurda. Dell'assurdità, forse, di tutte le guerre.

N. Revelli *Il disperso di Marburg*, Einaudi 1994, pagg. 174 - £ 20.000

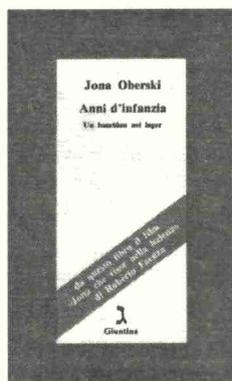


Jona Oberskj (sessantenne fisico nucleare olandese) racconta la sua tragica esperienza di bambino ebreo deportato insieme ai genitori in un campo di concentramento. La prima edizione è del 1978, da cui fu tratto anche un film, e che ha avuto numerosissime traduzioni. È stato un successo. È un libro che avvince e che commuove, anzi strazia.

Si era certi che cose simili non avrebbero mai più potuto verificarsi. E, invece, ci ritroviamo ancora oggi a leggere diari dei nostri giorni che narrano di simili atrocità. La partecipazione a questi *anni di infanzia* viene conquistata dalla semplicità del linguaggio e dal verismo non vittimistico: ci racconta dei giochi a cui si partecipava nel lager (adatti all'ambiente ma pur sempre momenti di crescita), della necessità (di cui si fa virtù) di assistere ancora bambino alla morte del padre, di cercarlo poi in un ammasso di cadaveri. Si narra anche di uno sberleffo (che doveva essere prova di coraggio ma poteva volgersi in una condanna a morte) alle guardie delle SS, della pulizia delle pentole: quale occasione per tirar su qualche boccone, aiutato nell'impresa da un signor X che si rivelerà essere un buon ex vicino di casa.

Nelle giovani generazioni mancano gli anticorpi necessari per combattere il razzismo, l'antisemitismo. Non c'è coscienza né ricordo dei crimini subiti dagli ebrei. Ed è proprio questa "assenza di ricordo dell'abisso" che - come ripete spesso il Nobel per la pace, Elie Wiesel - rende possibile "la ripetizione degli orrori più efferati".

J. Oberskj *Anni d'infanzia*, Giuntina Ed. 1993, pagg. 119 - £ 16.000



La recensione di questo libro (o, meglio, la presentazione) la fa in maniera legregia l'editore in quarta di copertina e si intitola, appunto, *L'opinione dell'editore*. E inizia come fosse il resoconto dell'incipit di un giallo: "Una torrida mattina di mezza estate, Erwin Caldwell, giudice fallimentare ad Austin, Texas, telefona all'amico Tony, procuratore distrettuale, autoaccusandosi di un omicidio avvenuto nella zona. È davvero colpevole o l'autodenuncia è solo una manifestazione del suo recente stato depressivo?"

Il tema costante è una riflessione morale sulla nostra epoca: ma nell'atmosfera incombente di fine millennio, da secondo diluvio universale, non vi è più un *giusto* incaricato di salvare tutti gli esseri viventi. La coscienza della crisi è affidata a un testimone che sa di "fluttuare nel vuoto", di vivere nell'incertezza, un giudice che non può che prendere atto dei fallimenti della vita di un uomo che ha ucciso un cane, scoprendo di aver provato una gioia segreta, alimentando quella "ingiuria inaudita che c'è in questo: che possiamo diventare un nulla. E lo è perché qualcuno ha smesso di amarci".

Se pure il tono generale è pessimistico, tuttavia non mancano le pagine radiose, i personaggi positivi, le reazioni umane più tenere e amevoli. Nel bellissimo rapporto con il nipotino, il giudice rivela una finezza e una bontà d'animo che ammorbidiscono gli aspetti misantropici del suo carattere.

Lars Gustafsson, *Storia con cane*, Iperborea 1995, pagg. 238 - £ 26.000



Il proverbio "ogni simili ama il suo simile" si può anagrammare così: "a ogni missile i suoi mille ma", giocare al cambio della lettera (ombra, ambra, amara, amata... culle, tulle) significa approfondire il lessico; fare il gioco dei lipogrammi (scrivere un lungo testo senza mai usare la "e") ugualmente obbliga a lavorare sui sinonimi e a scoprire che ogni cosa si può dire in mille modi.

Il piacere, il divertimento della parola, il gioco di fare, disfare rifare con quelle ventuno (o qualcosa in più) lettere dell'alfabeto. Questo è il volumetto edito da Comix e che riporta i *Giochi linguistici degli studenti al Corso di comunicazione*, tenuto da Umberto Eco che è stato anche curatore degli elaborati.

Prendetevi una pausa relax e gustatevi (uno o due al giorno, se resistete a procedere) i passi divertenti della riscrittura e della sintesi di *Pinocchio* con parole tutte con la "p", di testi famosi rifatti senza aggiungervi nulla, ma con significato del tutto diverso e tante altre spassose rielaborazioni.

"Una parola al giorno scaccia la noia di torno" potrebbe essere l'aforisma di un altro delizioso e piccolo tascabile della serie Riflessi dell'editrice Theoria: un vocabolario scacciapensieri, una guida al fraintendimento della lingua italiana. Leggetevi subito la presentazione e poi, man mano: *Acme: momento culminante di una malattia della pelle; Ansante: impiegato di un'agenzia giornalistica che corre al lavoro; ecc...*

Nei giochi di parole il gusto che si prova assume molteplici forme; può essere: la soddisfazione per un'invenzione linguistica che piace, il piacere dell'intuire e dell'indovinare, la sorpresa di una combinazione casuale, la sfida dell'enigma o la trasgressione del nonsense, la spensieratezza della miticità, l'intelligenza dell'ironia...

Nell'95, Umberto Eco, sull'Espresso del 23 giugno, scriveva a proposito di un bellissimo libro redatto dai ragazzi di scuola media (*I Draghi Locopei*): "Alle origini, enigma, poesia e metafora sono strettamente intrecciati, Aristotele lo sapeva.

La più alta delle metafore poetiche e il più meccanico degli enigmi hanno in comune il fatto che le parole possano dire di più di quel che sembrano dire. Tra gioco di parole, lapsus, sogno e invenzione corrono legami sottili. Può darsi che dei ragazzi educati all'umorismo non vadano più a sparare con la lanciarazzi negli stadi".

E che dei pediatri rieducati all'umorismo e all'autoironia non vadano nei convegni a ...sparlarle grosse.

Coraggio! malgrado le seriosità ufficiali, i bambini sopravvivono.

Povero Pinocchio, a cura di U. Eco, Ed. Comix 1995, pagg. 155 - £ 15.000

R. Lombardi Il Piccolo Zingarello, Ed. Theoria 1993, pagg. 94 - £ 10.000

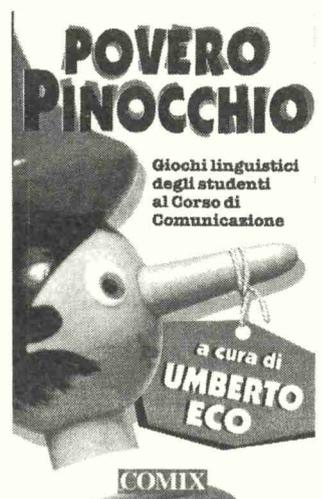
Vicende di intrighi, tranelli, misteri,: tre racconti originali, ironici e sorridenti. Consiglio di leggerli in ordine inverso: dal terzo al primo.

Nell'ultimo, un padre scopre che la figlia aveva potuto misteriosamente vivere e fissare in un diario la propria vita prenatale (pur in era preecografica!), registrando il suo concepimento e la sua nascita nei termini suggestivi di una mitologia antica, di cui proprio lui è esperto e docente universitario ("Un giorno a tavola osò parlarmi e disse: La differenza tra me e te sta nel fatto che tu sai molte cose più di me, sul Mito, ma non credi: io, viceversa, sì").

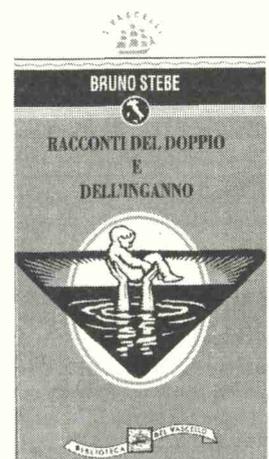
Ancora più accattivante è il secondo racconto, *Tunde*: il miraggio di un piccolo successo professionale (che per di più non ci sarà) indurrà a tradire un amico: potenza della realtà, che sovrasta di molto la fantasia!

E' un super-tascabile, che si legge tutto d'un fiato: più di così...

B. Stube, Racconti del doppio e dell'inganno, Biblioteca del vascello 1995, pagg. 135 - £ 9.500



Acme: momento culminante di una malattia della pelle. Ansante: im- **ROBERTO LOMBARDI**
IL PICCOLO ZINGARELLO VO-
CABOLARIO POVERO DELLA
piegato di **LINGUA ITALIANA**
un'agenzia giornalistica che
corre al lavoro. **THEORIA**



**ASSOCIAZIONE CULTURALE
PEDIATRI**

**3° CORSO DI FORMAZIONE A
METODICHE VALUTATIVE PER
PEDIATRI OSPEDALIERI**

Cesena 10.11.12 aprile 1996.
Sala convegni Ospedale "Bufalini"

OBIETTIVI:

ABITUARE I CLINICI ALLA VALUTAZIONE DELLA LORO ATTIVITÀ. STABILIRE UN SISTEMA DI COMUNICAZIONE SULLE ATTIVITÀ SVOLTE OMOGENEO CON LA DIREZIONE STRATEGICA.

PROGRAMMA

1° modulo Criteri di finanziamento delle divisioni ospedaliere (dr.F.Rossi .Milano)

2° modulo I DRG come metodo di valutazione e di finanziamento dell'attività ospedaliera. (dr T. Carradori Rimini).

Le metodologie e le insidie della codifica in pediatria ed in neonatologia.

(dr. C. Serrao Pesaro)

3° modulo Valutazione di qualità delle cure e criteri di appropriatezza dei ricoveri (dr. U. Montaguti Dr. D. Celin Cesena).

4° modulo

L'audit Interno (dr.F.Marchetti.Chieti)

I centri di costo (dr.C.Montalti Cesena)

Segreteria organizzativa:

F.Lanzoni Cesena (tel.0547 352135)

Segreteria scientifica:

dr.R.Buzzetti dr. G. Cerasoli

Domanda di iscrizione da spedire a Franco Lanzoni. U.O. Materno infantile A. Usl Cesena Viale Ghirotti 286. 47023 Cesena

Cognome.....

Nome.....

anno di nascita.....

indirizzo.....

cittàCAP.....prov.....

Tel/ab.....H.....

fax.....

Ospedale di.....

Primario Aiuto Assistente

Iscritto alla ACP: si no

I colleghi che hanno già inviato l'iscrizione al precedente corso sono pregati di non ripeterla. Si terrà conto della precedente richiesta.

L'accettazione della domanda verrà comunicata almeno 20 gg. prima dell'inizio del corso

**ACP CAMPANIA
CONFRONTO ACP A NAPOLI**

16 dicembre 1995
Hotel Parker's Napoli

PROGRAMMA

LE VACCINAZIONI

Coordinatore prof. F. Tancredi

La voce di chi le pratica: presentazione dei risultati di un questionario

Paolo Siani, Tommaso Montini

La voce di chi le insegna: nuovi vaccini, nuove proposte, risultati definitivi del progetto pertosse

Prof. G. Bartolozzi

UNA FINESTRA SULL'HANDICAP

(a cura del centro AIAS di Napoli)

FARMACI NUOVI

PER TERAPIE VECCHIE?

Vere e false novità farmacologiche

Coordinatore prof. G. Bartolozzi

Terapia antibiotica: prof. M. Vetrella

Diarrea: prof. S. Guandalini

Asma: dr L. De Setta

ACP EMILIA

Giornate Pediatriche di Tabiano:

Gli altri protocolli

Tabiano 1-2 Marzo 1996

Venerdì 1 Marzo

ore 9: sessione plenaria

moderatore e critico: F.Panizon

GER: Martellosi; Obesità: Lepore

Enuresi: Bartolozzi

ore 12: sessione per gruppi

Adenoidi: Avanzini; Paralisi del facciale:

Carrozzi; Mantoux positiva: Boschi; Laringite: Panizon

ore 15: sessione plenaria

moderatore e critico: G. Bartolozzi

Orticaria: Panizon; Svezamento: Martellosi;

Lattante febbrile: Panizon

ore 18: sessione per gruppi

diarrea acuta: Biasini; Otite: Savini; Allergia Alimentare: Cavagni; Meningite Hib:

Farneti

Sabato 2 Marzo

ore 8,30: sessione plenaria

moderatore e critico: G.C Biasini

Grande Male: Cavazzuti; Stipsi: Banchini;

Dolore addominale acuto: Marchi; Micosi:

Arcangeli

organizzazione

tel: 0524/565523 Fax: 0524/565497

**ARP BERGAMO
APCP VERONA**

**3° CORSO NAZIONALE DI
METODOLOGIA
EPIDEMIOLOGICA**

VALIDITÀ E VALORE DEI TEST
DIAGNOSTICI E DI SCREENING

Bergamo, 29 febbraio - 2 marzo 1996

OBIETTIVI

Affinare la logica diagnostica, analizzando le procedure, valutando razionalmente i test opportuni e utili per confermare o escludere un'ipotesi diagnostica, minimizzando tempi, costi e sofferenze per i pazienti.

CONTENUTI

Concetti sulle misure e sugli errori - Riproducibilità - Sensibilità - Specificità - Predittività - Pre Test e Post Test probability - Rapporto di verosimiglianza - Curve ROC - Teorema di Bayes, applicazioni alla logica diagnostica - Principi di analisi decisionale - Protocolli e linee guida.

TARGET

Pediatrati di base, di comunità, ospedalieri.

METODO

Didattica tradizionale affiancata a lavori in gruppi, con esercizi tratti dalla lettura di articoli pediatrici; costruzione e analisi di semplici protocolli.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Sackett: Clinical Epidemiology II ed., Little Brown e Coll.

SEGRETARIA SCIENTIFICA

Roberto Buzzetti (ARP Bergamo)

Tel. 035 - 510.213

Michele Gangemi (APCP Verona)

Tel 045 - 913.988

Inviare adesioni a: Roberto Buzzetti Azienda USSL N. 12, via Galliccioli 4, 24121 Bergamo tel. 035 - 385.295/385.237

ACP UMBRIA
1° CORSO DI FORMAZIONE IN
PEDIATRIA DI COMUNITÀ

VILLA COLOMBELLA
15 - 16 APRILE 1996 - PERUGIA

OBIETTIVI

Fornire al pediatra linee di indirizzo e strumenti, utilizzabili nelle diverse realtà locali, per programmare e attuare interventi di sanità pubblica diretti alla comunità infantile nel campo della prevenzione primaria e per coordinare gli interventi socio-assistenziali nei confronti del bambino con problemi speciali.

INTRODUZIONE AL CORSO

- G. Barro (coordinatore area operativa per i servizi socio-sanitari Regione Umbria)

- P. Menichetti (direttore generale azienda USL 2 - Perugia)

- V. Panella (responsabile comparto servizi sanitari territoriali azienda USL 2 - Perugia)

DEFINIZIONE DEI MODELLI POSSIBILI DI PEDIATRIA DI COMUNITÀ

- G. Biasini (Presidente ACP)

SORVEGLIANZA DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ:

STRUMENTI ESSENZIALI

- M. Petrella (servizio di epidemiologia - Perugia) - M. Farneti (modulo di pediatria di comunità - Cesena)

IL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLE COMUNITÀ INFANTILI

- F. Bauleo (dipartimento di prevenzione - Perugia) - I. Contarini (settore materno-infantile - Lugo di Romagna)

IL BAMBINO CON BISOGNI SPECIALI

IL BAMBINO CON PATOLOGIA CRONICA

- M. Marri (comparto servizi sanitari territoriali - Perugia) - N. D'Andrea (divisione di pediatria ospedale Acquaviva delle Fonti)

IL BAMBINO IMMIGRATO

- L. Acerbi (divisione di pediatria Ospedale di Melegnano)

VACCINAZIONI FACOLTATIVE:

STRATEGIE VACCINALI

- G. Giovannini (settore prevenzione - assessore alla sanità - Regione Umbria) - L. Contarini (settore materno-infantile - Lugo di Romagna)

Le domande di iscrizione debbono pervenire entro il 1° marzo 1996 a Carla Berardi, via XX Settembre 74, 06124 Perugia; o attraverso fax 075-5837630.

L'accettazione della domanda verrà comunicata almeno 20 giorni prima dell'inizio del corso. La quota di iscrizione è di £ 280.000 (pensione completa e iscrizione).

ASSOCIAZIONE
SALUTE E SVILUPPO
TRIESTE

PRINCIPI E METODI DI
EPIDEMIOLOGIA

L'associazione "Salute e Sviluppo", in collaborazione con il Bureau for International Health dell'Istituto per l'Infanzia, organizza tra il 5 e 16 giugno 1996 un corso sui Principi e Metodi di Epidemiologia con l'obiettivo di mettere i partecipanti in grado di: leggere criticamente la letteratura clinica e di sanità pubblica; preparare protocolli di ricerca clinica e di sanità pubblica; migliorare la raccolta e l'analisi di dati utili al monitoraggio e alla valutazione di programmi e attività sanitarie; utilizzare semplici programmi per l'elaborazione e l'analisi di dati al computer.

CONTENUTI DEL CORSO

Il corso sarà realizzato in 10 moduli della durata di un giorno ciascuno.

5/6 Storia e usi dell'epidemiologia. Principali definizioni. Misurazioni dell'occorrenza di salute e malattia: incidenza, prevalenza, tassi. Principali indici di mortalità, morbosità in salute materno infantile. Variabili di persona, tempo e luogo. (AC)

6/6 Tipi di studio epidemiologico: descrittivo, analitico, sperimentale. Studi trasversali e longitudinali, prospettici e retrospettivi, di coorte e caso controllo, studi annidati. Trials randomizzati clinici e di popolazione. (MC)

7/6 Campionamento: semplice, stratificato, per fasi, per "cluster", sistematico. Dimensione del campione. Costi e fattibilità. (RB)

8/6 Rischio assoluto, relativo e attribuibile, frazioni eziologiche e prevenibili del rischio. Odds ratio. Fattori di rischio: esposizione e protezione. Concetti di causa e associazione in epidemiologia. (AC)

9/6 Variabilità statistica, errori casuali e sistematici, precisione e accuratezza, intervalli di confidenza, significatività statistica. Differenza tra significatività statistica e importanza clinica e di sanità pubblica. Test statistici maggiormente utilizzati. (RB)

12/6 Tipi di BIAS: selezione, misurazione, classificazione. Confounding. Come controllare BIAS e confounding, o ridurre l'effetto. Standardizzazione e stratificazione. Analisi di sopravvivenza. (AC)

13/6 Screening: sensibilità, specificità, valori predittivi. Validità intrinseca ed estrinseca di uno screening. Relazione tra screening e programma di intervento. (MC)

14/6 Preparazione di protocolli di ricerca clinica e di sanità pubblica. Strumenti per la raccolta di dati clinici ed epidemiologici. Elaborazione di questionari. Uso dell'elaboratore di

testi di EpiInfo. Preparazione di files QES, CHK, REC. (AC)

15/6 Basi di dati in EpiInfo e dBase. uso del programma di analisi di EpiInfo, preparazione di files PRG. Uso di spreadsheets (Lotus, Excel) e presentazione grafica di dati clinici e di sanità pubblica (EpiInfo, Lotus, Excel, Harvard Graphics). (AC)

16/6 Lettura critica della letteratura - quesiti della ricerca: popolazione e campione, assegnazione ai gruppi, randomizzazione, errori, BIAS, confounding, validità delle misurazioni, non-response, presentazione dei risultati, interpretazione. (AC)

Metodi

Il corso utilizzerà metodi partecipativi mirati alla soluzione dei problemi. A ogni partecipante verrà richiesto di presenziare regolarmente alle lezioni. Ogni modulo di 6 ore prevede un impegno individuale autogestito di altre 2-3 ore per lettura, studio ed esercizi. I metodi di studio individuale e collettivo comprendono:

- letture di classici dell'epidemiologia
- letture di testi pertinenti a ciascun modulo
- brevi esposizioni
- discussioni di gruppo
- esercizi individuali
- esercizi di gruppo
- esercitazioni pratiche.

Si prevede che ogni modulo di 6 ore sia dedicato per circa una metà ai metodi epidemiologici e per l'altra metà alle loro applicazioni pratiche. Ogni partecipante riceverà i materiali bibliografici necessari a seguire il corso.

Posti disponibili

Dato che i metodi di studio e di insegnamento privilegiano l'interazione tra docenti e discenti e il "problem solving", il numero di posti disponibili è limitato a 20.

Docenti

Il corpo docente sarà costituito da esperti in statistica ed epidemiologia: Adriano Cattaneo, Marina Cuttini, Roberto Buzzetti.

Costo

È stata fissata una quota di partecipazione individuale di £ 1.500.000, comprendente iscrizione al corso, uso di computer, dispense e altri documenti di approfondimento. Gli unici materiali a carico dei partecipanti sono carta, penne e una calcolatrice.

Informazioni

Bureau for International Health
Istituto per l'Infanzia
via dell'Istria 6511, 34137 Trieste
fax 040/3785402



ELETTRODOTTI & SALUTE

E attualmente in costruzione ad opera dell'Enel un elettrodotto (380.000 volt) che collega Matera a S. Sofia (Caserta) e che attraversa il territorio di numerosi comuni irpini, in molti tratti sorvola le abitazioni private o vi passa estremamente vicino. Questo fatto sebbene non contrasti con la normativa vigente, redatta per altro sulla base di dati scientifici ancora vaghi e controversi risalenti agli anni 80, è invece assolutamente incompatibile non solo con le ricerche più recenti e di gran lunga più attendibili, ma anche per le raccomandazioni contenute nella Risoluzione del Parlamento Europeo del 5 maggio 1994. Le conoscenze attuali non consentono ancora di definire con certezza quali siano le distanze oltre le quali si può garantire un margine assoluto di sicurezza per gli effetti a lungo termine dell'esposizione ai campi elettromagnetici. Recentemente Maria Feychting e Anders Ahlbom del Karolinska Institute di Stoccolma hanno pubblicato su American Journal of Epidemiology una ricerca condotta in un arco di tempo di 25 anni in cui viene studiata la popolazione svedese al di sotto di 16 anni di età che vive all'interno di una fascia di 300 metri da linee ad alta tensione (220.000 e 400.000 volt). I risultati sono stati che se per i tumori del sistema nervoso centrale e i linfomi non è stato dimostrato un nesso con le esposizioni alle radiazioni ionizzanti, per le leucemie il risultato è preoccupante. Infatti considerato 1 il valore del rischio relativo ad una distanza di più di 100 metri dalle linee, questo sale a 2,9 a 50 metri o meno.

In Italia alcune Regioni, come il Veneto e il Lazio hanno provveduto con dispositivi di legge ad assicurare delle distanze dalle abitazioni di questo tipo di campi elettromagnetici di gran lunga superiori (150 metri) a quelle previste dall'ormai anacronistica normativa nazionale.

Pertanto riteniamo che sia necessario, e doveroso, in attesa di un adeguamento legislativo almeno alle raccomandazioni

del Parlamento Europeo, che si provveda per l'opera in corso a disporre con urgenza deviazioni o soluzioni alternative in tutti quei tratti in cui non sono attualmente rispettate adeguate misure di cautela per la pubblica incolumità a lungo termine.

Prof. Celestino Genovese
(II Univ. degli studi di Napoli)
dr Pasquale Causa
(Pediatria di base, Napoli)
I medici Pediatri
(Provincia di Avellino)

Bibliografia:

M. Feychting e A. Ashlbom: Magnetic fields and cancer in children residing near swedish high-voltage power lines. Am J.Epidemiology Vol.138,7,467,1993
Paul Lannoye: Relazione al Parlamento Europeo su: la lotta contro gli inconvenienti provocati dalle radiazioni non ionizzanti. Seduta del 11 aprile 1994.

Le preoccupazioni espresse dai colleghi di Avellino non possono che essere condivise e il dibattito problema della protezione dalle radiazioni non ionizzanti sarà oggetto della massima attenzione da parte dell'ACP Campania che si impegna già da ora ad invitare l'Enel e gli organismi sanitari di controllo regionali ad una attenta vigilanza affinché vengano rispettati, almeno nel prosieguo dei lavori, le raccomandazioni della "Commissione per la protezione dell'ambiente e la sanità pubblica" del Parlamento Europeo dell'aprile 1994. I colleghi acpini delle regioni che hanno legiferato in tema di protezione dalle radiazioni non ionizzanti sono invitati a far conoscere, anche tramite "Quaderni" i provvedimenti legislativi adottati in materia, così da rendere uniformi e più incisive le iniziative sia a livello locale che nazionale.

Luciano de Seta
Segretario ACP Campania



IL BAMBINO DISTANTE

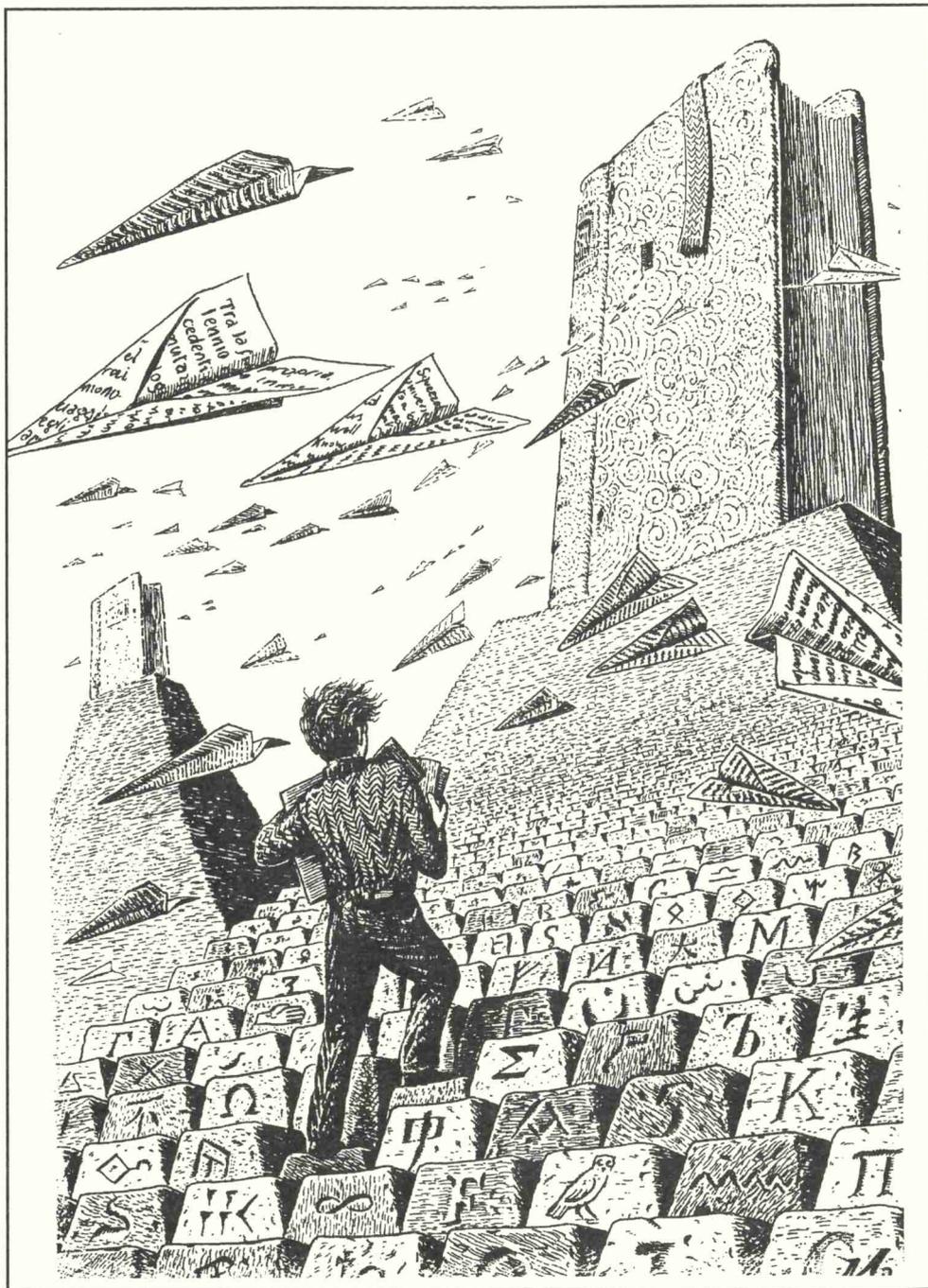
Il nostro gruppo, dalla sua fondazione nel 1993, si è sempre prefisso la promozione culturale di tutti i pediatri della provincia di Sondrio, superando le divisioni che nelle provincie più grandi separano i pediatri che operano sul territorio da quelli che lavorano in ospedale.

La nostra realtà è penalizzata dalla scarsità di vie di comunicazione e, seguendo una felice intuizione del Prof. Masera, ci ha suggerito di organizzare nel 1994 un incontro su 'Il bambino distante' mettendo a confronto esperienze e problemi di centri che vivono contesti simili al nostro. Nel 1995, dopo un incontro preliminare a Esine in Valcamonica, abbiamo deciso di affrontare i problemi del bambino con sindrome di Down, un bambino per il quale abbiamo pensato che si potesse fare di più e meglio senza costringere le famiglie a disagiati spostamenti a Monza, a Milano oppure a Genova.

Il 3 giugno abbiamo organizzato un 'Corso di formazione sul bambino con sindrome di Down' cui hanno partecipato come relatori il prof. Rasore Quartino di Genova, il prof. Masera e il dott. Ghitti della Clinica Pediatrica di Milano, polo di Monza.

La riunione è stata molto interessante. Noi pensiamo che questa sia una linea di ricerca di grande interesse, specialmente, ma non solo, per le popolazioni delle valli e che l'ACP dovrebbe incoraggiare. Intanto ci proponiamo di tenere informato Quaderni-ACP sull'andamento della iniziativa.

dr L. Adamoli (ACP Sondrio)



all'interno:

- **Dalla scienza alla pratica:**

Leggere & fare: Segnalazioni pratiche per persone pratiche

Net - info: ancora indirizzi Web per i patiti di Internet

I protocolli definitivi della ricerca ACP "*fare meglio con meno*"

- **Il Programma di Formazione Continua:**

Il Saper fare: Occuparsi insieme del fibrocistico

Il trattamento della TBC in età pediatrica

Risorse disponibili e beneficio contabile delle vaccinazioni

Supplemento al n° 5-6/1995 di Quaderni ACP
Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Direttore: Giancarlo Biasini

Corso U. Comandini, 10 - 47023 Cesena

Responsabile: Franco Dessì

Redazione: Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Salvo Fedele, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Paolo Siani, c/o Salvo Fedele, Via Galileo Galilei, 99 - 90145 Palermo

Tel (091) 20.15.53 - Fax (091) 40.66.86 - E mail: sfedele@mbox.vol.it

Segreteria di redazione: Giuseppe Montedoro

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

DALLA SCIENZA ALLA PRATICA

Racconta il nostro direttore che Raffaele Mattioli negli anni 20 cominciò a pubblicare su una rivista scientifica di economia una rubrica dal titolo "articoli per i pratici scritti da una persona pratica". In sostanza estraeva da articoli scientifici "il succo" che poteva servire a chi faceva economia nel quotidiano: direttori di banca, industriali, artigiani etc. In redazione abbiamo discusso a lungo sulla possibilità di realizzare qualcosa di simile nel nostro campo, anche se già esistono in letteratura pediatrica ottimi esempi di rassegne bibliografiche (la pagina gialla di Medico e bambino su tutte). Siamo convinti tuttavia che non sempre è facile seguire la letteratura internazionale per vari motivi: le riviste costano, le biblioteche universitarie non sempre sono accessibili comodamente - raramente sono aperte nelle ore pomeridiane - nel budget degli ospedali quasi mai è prevista la spesa per l'acquisto di riviste straniere. Pertanto dopo lunghe e appassionante discussioni telematiche che hanno attraversato l'Italia da Cesena, a Palermo, passando per Verona, Cagliari, Napoli e Catanzaro (la redazione è collegata via modem) è stato deciso che da questo numero Quaderni ACP apre una finestra sulla letteratura e dà vita ad una nuova rubrica, in cui verranno recensiti soltanto quegli articoli di interesse pratico che potrebbero o dovrebbero in qualche modo modificare la nostra attività quotidiana, i nostri percorsi diagnostici o terapeutici; gli articoli che "bisogna" conoscere.

Questa rubrica sarà affiancata, inoltre, da piccole segnalazioni (short) di carattere altrettanto pratico, molto brevi, che riguarderanno per lo più le procedure, il saper fare o un "sapere" importante. Siamo convinti che questo compito non può (e forse non deve) essere svolto soltanto dalla redazione, ma dovrebbe, in qualche modo, diventare un "progetto" ACP. Sappiamo che alcuni pediatri di base si riuniscono periodicamente per leggere insieme la letteratura (i "Journal Club"), così come in qualche reparto di pediatria arrivano buona parte delle riviste internazionali e poiché il giornale ha sempre cercato un rapporto attivo con i propri soci è stato deciso di coinvolgere tutti i nostri lettori attorno a questo progetto. Pertanto vi chiediamo di segnalarci tutti gli articoli di interesse pratico che vi capiterà di leggere e di esprimere un vostro commento che può ovviamente essere anche negativo (non tutto quello che viene pubblicato è necessariamente giusto); abbiamo a tal proposito preparato uno schema guida che vi preghiamo di seguire in modo da rendere omogenee tutte le segnalazioni. Sarà nostro compito raccogliere le vostre recensioni, ordinarle per argomento e catalogarle, in modo da pubblicare periodicamente l'indice degli articoli segnalati divisi per argomento e per parole chiave per far sì che possano essere sempre facilmente consultabili. Inoltre presto presenteremo nei dettagli una proposta di collegamento telematico per una serie di servizi da offrire ai gruppi (un database bibliografico, uno di risorse internet ed uno di discussione di casi clinici).

Crediamo che questo sia un modo concreto, pratico e moderno di fare un giornale, ma soprattutto ci sembra di interpretare nel modo giusto lo spirito che anima tutti noi dell'ACP che è quello di stare insieme, condividere le esperienze, arricchire il nostro bagaglio culturale, mettere le proprie conoscenze al servizio degli altri, fare una pediatria il più possibile vera e utile per il bambino. Aspettiamo le vostre segnalazioni: contiamo sul vostro "buon lavoro".

Paolo Siani

A pagina 33 pubblichiamo le istruzioni per chi segnala gli articoli.

S O M M A R I O

- 33 Segnalazioni pratiche per persone pratiche
leggere & fare
- 34 Net - info
a cura di Salvo Fedele
- 36 Costi/qualità delle cure in pediatria ambulatoriale
di Simona Di Mario e coll.
- 40 Occuparsi insieme del fibrocistico
"Il saper fare" di Miano e coll.
- 44 Il trattamento della TBC in età pediatrica
di Paolo Siani e coll.
- 46 Risorse disponibili e beneficio contabile delle vaccinazioni
di Lello Contarini
- 48 Aniello, il rischio sociale e i D.R.G.
di Luciano De Seta
- 49 Il Programma di Formazione Continua ACP
Istruzioni per l'uso
- 51 Adotta un pediatra



ISTRUZIONI PER CHI SEGNALA GLI ARTICOLI

- 1) L'articolo recensito deve contenere notizie di interesse pratico che in qualche modo possono condizionare la pratica quotidiana, può essere di scienza di base solo se da questa discendono conseguenze sulla pratica (presenti o future).
- 2) Deve essere un articolo originale e non editoriale o commento.
- 3) Deve essere credibile.
- 4) Il recensore deve riportare il nome del primo autore, il titolo originale, il nome della rivista, l'anno, il volume, la pagina.
- 5) il recensore deve suggerire una o più parole chiave
- 6) Tutta la recensione non deve superare le 20-30 righe da 80 battute.
- 7) Nel recensirlo bisogna seguire il seguente schema:

Obiettivi della ricerca recensita (*Es.: gli AA -allo scopo di valutare la utilità del vaccino anti-Hb hanno cercato di verificare quante meningiti da emofilo comportano danno del S.N.C.*)

Disegno e metodo della ricerca (*Es.: hanno progettato uno studio retrospettivo nell'ospedale X sui bb ricoverati per meningite da 0 a 3 a studiati con il test di X e l'EEG dinamico dopo 3-6 mesi dalla guarigione. Un gruppo di controllo randomizzato per età e sesso è stato scelto nello stesso ospedale*)

Risultati (dei 165 bb studiati 100 erano ... ; possedevano un QI pari a ...)

Conclusioni dei ricercatori (*Es.: i danni al S.n.c. nella meningite da H.I sono...*).

Commento del recensore: (Es: Es non serve o serve vaccinare i bb per prevenire danni al s.n.c. da Hib)



C'È UN "BONDING" DEL PADRE ?

OBIETTIVI. Gli aa si sono chiesti se il coinvolgimento del padre nella gestione della gravidanza di una madre adolescente può influenzare favorevolmente la tendenza di questo all'accudimento del bb.

METODI. Per testare questa ipotesi gli aa hanno scelto 93 primipare adolescenti (16.2 ± 1 anno), le hanno intervistate 2 settimane e 2 anni dopo il parto, per controllare la presenza del padre (19.4 ± 3.4 anni) e la sua partecipazione alla alimentazione, al bagno, al cambio dei pannolini, ai giochi, alla educazione alla disciplina. Solo il 3% delle madri e dei padri erano bianchi.

RISULTATI. I dati dimostrano che i padri che si sono occupati delle cure prenatali, o che sono stati presenti in sala parto o che hanno visitato il neonato in ospedale, che sono stati bene accettati dalle famiglie della madre partecipavano con maggiore intensità all'accudimento del neonato a due anni. Il tipo di educazione ed il reddito del padre non sembrano avere influenza sul risultato.

CONCLUSIONI. La dimostrazione di una associazione fra migliori contatti fra il bambino ed il padre quando questi abbia seguito la gravidanza di una madre adolescente ed abbia partecipato alla gestione del periodo neonatale impone la necessità di valutare la "presenza" di questo nella valutazione comportamentale del bambino.

COMMENTO. Il setting della ricerca, che si è svolta a Boston, è assai lontano da quello che può trovarsi oggi in Italia, ma nei gruppi di extracomunitarie e nelle comunità nomadi possono ritrovarsi esattamente le condizioni alla base del lavoro. E' sempre discutibile trasferire le conclusioni delle ricerche al di fuori degli ambiti in cui queste sono state svolte, ma non par dubbio che, anche da noi, ogni sforzo debba essere fatto (e forse non sempre si fa abbastanza, ma ci si concentra sulla sola madre) per fare partecipare i ragazzi-padre alla gestione della gravidanza e del parto. Ciò non riguarda tanto i pediatri di

base, ma è certamente importante per quei pediatri che operano nei consultori familiari.

G.B.

Cox J. E., Bithoney W. G. - Father of adolescent born to adolescent mothers. *Arch. Ped. Adolesc. Med.* 1995;149:962.
Parole Chiave: Adolescenti, Rischio Sociale



SHORT

Claritromicina ed Eritromicina sono proprio uguali

"60 bb, da 3 a 12 anni, sono stati trattati con eritromicina (E) o claritromicina (C) quando avevano una polmonite da Chlamidia pneumoniae (CP) o da Mycoplasma pneumoniae (MP).

La C veniva data 2 volte al giorno; la E due o tre volte.

Nessuna differenza nei risultati: successo clinico con E nel 95%, e con C nel 98%. Successo radiologico con E nel 94%, e con C nel 98%. Eradicazione rispettivamente di CP e MP con E nell'86% e 100% e con C nel 79 ed 86%. Come si vede nessuna, nessunissima differenza (se non nel prezzo che, per un b. di 15 Kg, secondo il Prontuario pediatrico di Panizon, è di £ 2.870 al giorno per la C e di £ 950 per la E)

S. Block et al. *Ped. Inf. Dis. J.* 1995; 14: 471
Parole chiave: Antibiotici

MIGLIORE DESTINO ALLERGICO PER I BAMBINI ALLATTATI LUNGAMENTE AL SENO

OBIETTIVI.

Vista le controversie sul ruolo dell'allattamento al seno (AS) in rapporto alla profilassi delle malattie allergiche i due i AA (uno dei quali è la famosa Saarinen di Helsinki) si sono posti l'obiettivo di valutare l'effetto dell'AS esclusivo ed a lungo termine misurando la comparsa di manifestazioni atopiche nella fanciullezza e nell'adolescenza. L'AS è stato incoraggiato almeno fino a 6 mesi, e comunque sino all'anno di vita.

METODI.

Sono stati seguiti i nati nel primo trimestre del 1975, ai mesi 0.5, 1, 2, 4, 6, 9, 12 ed a 3, 5, 10, 17 anni.

Sono stati composti i seguenti gruppi:

1. AS prolungato: durata di 6 mesi o più: 54 lattanti.
2. AS a medio termine: da 1 a 6 mesi: 194 lattanti.
3. AS breve: <1 mese: 78 lattanti.

Casi studiati in partenza 235, in arrivo 150.

Lo stesso esaminatore, che non conosceva il regime alimentare, indagava anamnesticamente e clinicamente ricercando la presenza di *eczema*, *allergia alimentare*, *allergia respiratoria*.

Venivano eseguiti i seguenti esami: *cuti-reazioni per allergeni*, *IgE*, *Rast*, *eosinofili nasali*.

RISULTATI.

Fra i tre gruppi non vi erano differenze nè per il fumo in casa nè sul tempo del divezzamento.

Nel complesso delle coorti la prevalenza di atopia era del 20% ad 1 anno; del 47% a 17 anni.

La prevalenza di atopia a 17 anni era però più alta nel gruppo 3 (65%) che nei gruppi 1 (42%) e 2 (36%). Trend test in questo ambito: $p < 0.02$.

La prevalenza era poi più alta, ma con lo stesso andamento, in chi aveva familiarità atopica.

Delle tre condizioni esaminate l'eczema era più manifesto nella prima infanzia e

diminuiva dal 10° fino al 17° anno (3% a 17 anni), ma era sempre più alto nel gruppo 3. L'allergia alimentare aveva il suo picco a 3 anni e dal 5° diminuiva nettamente fino al 17° (7%). L'allergia respiratoria tendeva ad avere un progressivo aumento fino al 17° anno (45%). A questa età i ragazzi del gruppo 1 erano allergici nel 40% quelli del gruppo 3 nel 65%.

CONCLUSIONI.

Gli AA concludono che l'AS "protegge" in maniera significativa dall'allergia i neonati che sono stati allattati al seno, sia che si tratti di nati in famiglie atopiche che no. La protezione è di lunga durata, almeno fino a 17 anni; a questo punto chi ha avuto un AS ha solo 40 probabilità su 100 di essere asmatico contro le 65 di chi ha mangiato il latte formulato. Nessun bambino infatti aveva mangiato il latte vaccino. I dati della Saarinen confermano i suoi precedenti (si ricordi il suo lavoro su *lancet* 1979.2.163) e confermano altri lavori a lungo termine sui rapporti fra AS esclusivo ed asma bronchiale (Blair. *Arch:Dis:Child*.1977.52.163).

I motivi della protezione sono in discussione: maturazione della mucosa intestinale? ridotta morbosità del lattante con AS? modificazioni della flora intestinale? Sta di fatto che le IgE totali nei gruppi 1 e 2 a 1, 2, 4, mesi erano significativamente più basse del gruppo 3, come se lo stimolo allergizzante fosse "tenuto basso" dal Latte materno.

In sostanza l'AS esclusivo, senza altri supplementi, nè aggiunte diminuisce il rischio di allergia.

Il fatto che in letteratura esistano studi (Gordon. *Lancet*.1982.1.910) che non confermano questo dato può dipendere dal fatto che, in quelle ricerche non si è richiesto un AS esclusivo.

COMMENTO.

Gli AA scrivono che l'AS protegge dall'allergia. Non si può essere completamente d'accordo con loro, se è vero che nel 42% dei casi gli allattati al seno sono atopici. Si deve, invece, dire che l'AS diminuisce il rischio naturale di atopia e di allergie alimentari e respiratorie.

Bisogna anche sottolineare che il dato sperimentale riguarda l'AS esclusivo, senza aggiunte nei primi giorni di vita. Ciò significa che se la protezione vuole essere

ottenuta nella stessa misura bisogna modificare gran parte delle routine ospedaliere. Secondo l'inchiesta ACP-Humana le madri che escono dall'ospedale con allattamento al seno esclusivo sono il 37.7% soltanto. Solo questi bb., quindi, possono sperare in una significativa diminuzione dell'allergia da AS:

G.B.

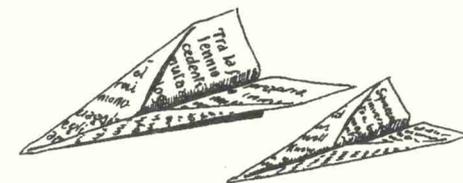
Saarinen U. M.,

"Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow up studies until 17 years old"

Lancet 1995; 346: 1065

PAROLE CHIAVE:

allattamento, latte materno, allergia



SHORT

VES, PCR, LEUCOCITOSI NON SERVONO PROPRIO

Fate la VES, la PCR la conta dei leucociti per distinguere una infezione delle vie aeree virale da una batterica? Secondo H. Nohynek non servono proprio a risolvere il problema. In 121 bb febrili, dopo 2.6 gg di febbre con segni clinici delle vie aeree la VES la PCR e la conta dei leucociti non differivano significativamente nei bambini con infezioni virali rispetto a quelle batteriche. Questi esami non sono quindi una guida affidabile per la somministrazione di antibiotici. Occorre scegliere altre strade per definire se fare antibiotici o meno: la gravità del caso, i segni di addensamento polmonare (soffio bronchiale) etc.

H. Nohynek *Ped. Inf. Dis. J.* 1995;14:484

PAROLE CHIAVE: Test Diagnostici

NET-info

Ancora indirizzi web per i patiti della rete; nessuna risposta alle domande tecniche. Qualcuno ha proprio sbagliato a rivolgersi al sottoscritto con le domande di carattere tecnico; vado su Internet (lo confesso) esattamente come guido la macchina; per capirci: provate a farvi una domanda sul differenziale o sull'albero motore; non dubito però che guidate (anche bene) la vostra automobile. Io della parte meccanica so (a mala pena) che se la macchina si ferma debbo andare dal meccanico, non sono un esperto di computer come qualche redattore, punto. Allora, fin che va..., qualche consiglio:

The British Medical Journal

indirizzo: <http://www.bmj.com/bmj/>

L'ultimo numero della prestigiosa rivista inglese insieme a un archivio (di facilissima consultazione) dei numeri precedenti (dal marzo '95), ma solo abstract.

Student BMJ

indirizzo: <http://www.bmj.com/bmj/studbmj/studbmj7.htm>

Per saper come si deve fare didattica molti professori universitari dovrebbero consultare questa sito web: "how to use an otoscope", "essentials of oncology: radiotherapy" sono alcuni esempi di articoli scritti con chiarezza espositiva esemplare; ma non solo, ho potuto consultare in questo sito un articolo che era introvabile nelle biblioteche della mia città e qui viene considerato fondamentale (per studenti...): "The analgesic effect of sucrose in full term infant: a randomised controlled trial". Questo contributo era citato nell'articolo che pubblichiamo nella prima parte del giornale sui "mille modi di crescere i bambini": dimostrazione scientifica che i consigli dei pediatri sui tempi dell'allattamento al seno (...MAI PRIMA DI x ore... SIGNORA!) sono frutto della nostro pessimo buon senso.

The interactive patient

indirizzo: <http://medicus.marshall.edu/medicus.htm>

Il sito è organizzato con un programma interattivo che simula l'incontro con un paziente. Chi si collega può interagire con il paziente virtuale, chiedendo notizie

anamnestiche supplementari, indagini di laboratorio e Rx; dopo aver raccolto tutti i dati (è straordinariamente celere l'esecuzione virtuale di tutto quello che chiedi) si formula una diagnosi e si propone un piano. Tutte le risposte vengono valutate e c'è un feedback (a volte un po' pesante nei giudizi); avevo un'idea negativa della realtà virtuale (probabilmente viziata dall'incontro di numerosi professori virtuali all'Università); debbo dire che sono rimasto impressionato: pensate al risparmio di denaro e all'efficienza ottenuta sostituendo questo computer a qualche centinaio di ... falsi virtuali.

World Health Organisation Page

indirizzo: <http://www.who.ch/>

La pagina web dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: notizie su tutte le catastrofi mondiali e sugli sforzi dell'organizzazione per eradicare varie malattie infettive; dopo tanti consigli agli universitari, un consiglio per l'ex universitario (almeno nei nostri auguri) Carlo Corchia (che si ostina a restare fuori dalla nostra redazione telematica); dia un'occhiata al WHOSIS (WHO Statistical Information System) e alla Web Virtual Library di questo sito. Sono sicuro che non rimpiangerà le biblioteche dell'Università.

dessi news

indirizzo: <http://www.sard-secret.com/OR.rido-dessi/narboluacp.htm>

Un sito web più che eccellente, fondamentale: tutto su come iscriversi all'ACP o aderire all'iniziativa adotta un pediatra che i lettori di Quaderni ACP potranno leggere comodamente in terza di copertina: il sito è molto frequentato e il collegamento spesso difficile (in più chi gestisce il sito elimina ogni tanto qualche cosa di superfluo come il collegamento, abbiate pazienza... crede di essere un ingegnere Microsoft!).

errata corrige: un solerte lettore ci ha sgridato per un errore in un indirizzo pubblicato nel numero 2 di Quaderni ACP, che dire: fa piacere essere rimproverati con tanta enfasi: nonostante le pessimistiche previsioni del direttore almeno un lettore segue questa rubrica (lo stesso che ha fatto le domande di carattere tecnico: il direttore).

Salvo Fedele

TEST SEMPLICI PER UNA DIAGNOSI DIFFICILE

La diagnosi di malattie croniche dell'intestino è fatta (in U.K.) mediamente a 15 mesi dall'esordio dei sintomi mentre nei centri di 2° e 3° livello il ricorso alla rettoscopia sta diventando una pratica di massa. Obiettivo della ricerca è valutare la predittività di alcuni semplici test diagnostici (VES, PCR, Hb, PLT, Albuminemia) per stabilire l'indicazione alla rettoscopia.

METODI. Su 124 pazienti (età media 11 anni) inviati all'endoscopista per due o più dei seguenti sintomi: a) dolori addominali, b) diarrea, c) sanguinamento rettale, d) perdita di peso, e) ulcerazioni buccali di durata superiore a tre mesi, 91 furono sottoposti a endoscopia, mentre per i rimanenti la sintomatologia non fu considerata sufficiente per la richiesta di una endoscopia.

RISULTATI. Dei 91 pazienti studiati, 26 avevano un Crohn, 13 Colite Ulcerativa, 8 polipi, 37 normali, 2 Tubercolosi, 2 colite indeterminata, 2 iperplasia nodulare linfoide. Nessuno dei soggetti affetti da Crohn aveva uno dei test di screening normali (16% aveva Hb <10; VES > 25: 85%; Albumina <36 g/litro: 35%; PLT >400.000: 88%; PCR >5 mg/l: 100%); dei soggetti affetti da colite ulcerosa solo l'8% aveva tutti gli indici normali, e tutti questi soggetti presentavano sanguinamento rettale; dei soggetti affetti da polipi l'88% aveva questi indici normali (solo il 12% aveva Hb <10 e PLT >400.000); dei soggetti normali il 91% non presentava alterazioni dei test di screening.

CONCLUSIONI. I test di screening menzionati insieme al sanguinamento rettale dovrebbero essere considerati fondamentali per sospettare una malattia intestinale cronica; la loro esecuzione di routine può permettere una precoce individuazione di queste malattie e evitare inutili rettoscopie

COMMENTO. È un peccato che non venga detto nulla sui criteri di esclusione dei 33 casi, che non venga segnalata la durata media della sintomatologia prima della rettoscopia: se in media tutti i soggetti presentavano sintomi da 15 mesi ne sappiamo quanto prima e la politica dei centri di 2° e 3° livello di praticare la rettoscopia di massa continua a essere giustificata.

Beattie R.M., Walker-Smith J.A., Murch S.H.
Indication for investigation of chronic gastrointestinal symptoms

Arch. Dis. Child. 1995; 73: 354

PAROLE CHIAVE: Colite Ulcerosa, Crohn, Dolore addominale, Test Diagnostici

S. F.

Costi/Qualità delle cure in pediatria ambulatoriale I Gold Standard utilizzati nella ricerca

a cura di:

Simona Di Mario*, Anna Macaluso*, Silvia Pivetta*, Giorgio Tamburlini*
e del gruppo di coordinamento ACP per la ricerca ambulatoriale

* IRCCS "Burlo Garofolo" Trieste

Nei numeri 2 e 3 del 1994 di *quaderni-ACP* avevamo anticipato in maniera incompleta il contenuto dei "Gold Standard" della ricerca "Costi/Qualità delle cure in pediatria ambulatoriale", più nota con la dizione/obiettivo: "fare meglio con meno". Pubblichiamo in questo numero del giornale la versione definitiva degli standard, così come sono stati elaborati dal gruppo di lavoro e utilizzati nel corso della ricerca. I risultati preliminari della ricerca, presentati al VII Congresso ACP, verranno pubblicati nel prossimo numero del giornale.

ATTACCO ACUTO D'ASMA

Saranno considerati nello studio solo i bambini con dispnea evidente al medico o alla mamma.

Questo esclude i casi in cui vi sia solo tosse e/o broncospasmo udibile solo all'ascoltazione.

Saranno inoltre esclusi: a) il primo attacco di asma; b) i bambini con patologie croniche o malformative dell'apparato respiratorio (fibrosi cistica, broncodisplasia polmonare, ecc.)

TERAPIA DELLA FASE ACUTA

cose buone

- 1) trattare entro 1 ora dalla diagnosi del medico o dei genitori
- 2) usare il beta 2 stimolante per via inalatoria come farmaco di 1° scelta in tutte le età, almeno 4 volte al giorno durante il primo giorno per 3-7 gg totali e comunque fino a 24 ore dopo la fine dell'attacco (nota 1)
- 3) associare gli steroidi per os nei casi in cui l'accesso acuto non sia controllato dai beta 2 (non effetto clinico dopo 2 ore/necessità di somministrazione del beta

2 con intervallo < alle 3 ore)

4) associare fin dall'inizio i corticosteroidi per os, nei bambini in cui attacchi precedenti si fossero dimostrati gravi o con risposta scadente ai beta 2 stimolanti.

5) usare il beta 2 per via orale nei casi non sia possibile trattare con l'aerosol (bambino piccolo o molto spaventato). In questo caso è opportuno associare fin dall'inizio il corticosteroide per os.

6) usare un valido apparecchio per aerosol o eseguire correttamente l'inalazione con lo spray predosato (nota 2)

7) genitori a conoscenza dei dosaggi e delle modalità di erogazione dei farmaci, e in grado di saper iniziare un trattamento domiciliare precoce degli attacchi (aerosol o spray a domicilio)

8) valutazione dell'efficacia del trattamento da parte del medico entro 3-6 ore dall'inizio, a meno che il caso sia di lieve entità e la famiglia si sia dimostrata in precedenza completamente "affidabile" nella gestione autonoma della crisi.

cose cattive

1) non trattare l'attacco acuto o trattarlo con tempi e modalità differenti da quelle indicate sopra. In particolare:
- non trattare con beta 2 stimolanti, o farlo con dosaggi inferiori alle 3-4 volte al giorno

- somministrare teofillina per via orale

- somministrare il beta 2 per via orale nei casi in cui sia possibile la via inalatoria

- somministrare il trattamento dopo un periodo superiore alle 2 ore dalla diagnosi

2) genitore non istruito adeguatamente sulla gestione domiciliare, e non in grado di trattare a domicilio entro i tempi suddetti (per es. assenza di aerosol o puff in casa)

RICOVERO

cose buone

1) ricoverare il bambino con attacco

d'asma grave (nota 3)

2) ricoverare il bambino con attacco d'asma medio che non migliora con la terapia dopo 2-4 ore

cose accettabili

1) ricoverare il bambino con asma in presenza di febbre alta

2) ricoverare il bambino molto spaventato

cose cattive

1) attendere più di 8 ore in caso di asma che non migliora, senza uno stretto monitoraggio da parte del pediatra, a domicilio

2) non ricoverare il bambino con attacco d'asma che rientra nei criteri di ricovero (nota 3)

ESAMI

cose buone

1) nessun esame durante l'attacco acuto lieve-medio

2) RX torace se sospetto di altra patologia (polmonite, corpo estraneo, versamento pleurico)

cose cattive

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

Nota 1

Dosaggio dei farmaci:

- beta 2 stimolanti per via inalatoria

* salbutamolo = 0.15 mg/Kg/dose (max 5 mg tot/dose) con frequenza variabile a seconda della gravità dell'attacco: da una frequenza massima di una dose ogni 20 minuti (nelle prime 2 ore) a una minima di una dose ogni 6-8 ore;

- beta 2 per via orale

* salbutamolo = 0,1 mg/Kg/dose ogni 6 ore;

- corticosteroidi per via orale:

* corticosteroidi a lunga durata = 0.2 mg/Kg/dia in 1 o 2 somministrazioni, per 3-4 giorni;

* prednisone = 1-2 mg/kg/dia in 2 somministrazioni, per 3-4 giorni;

* non è necessario sospendere gradatamente il corticosteroide.

Nota 2

Modalità di somministrazione dei farmaci:

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

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

-bomboletta pressurizzata + camera di espansione:

a) può essere utilizzato anche dai bambini piccoli; b) in Italia è consigliata la *aerochamber* c) una buona camera di espansione può essere ricavata artigianalmente applicando un foro sul fondo di una bottiglia di plastica di cocacola o di acqua minerale; d) Il bambino deve respirare tenendo il boccaglio della camera di espansione in bocca.

Nota 3

Indicazioni al ricovero:

-dispnea grave che dura da più di 8 ore
-necessità persistente (e non tendente al miglioramento) di somministrazioni frequenti di beta agonisti (intervalli inferiori alle 2-3 ore)

-impossibilità a dormire; ortopnea obbligata
-agitazione eccessiva o obnubilamento della coscienza

-difficoltà a parlare

-picco di flusso espiratorio inferiore al 25% dell'atteso malgrado la terapia broncodilatante

BRONCOPOLMONITE

Sono *esclusi* dallo studio i casi di bambini con *malformazioni dell'apparato respiratorio* o con *broncopatie croniche*

VISITA

cose buone

- 1) vedere un bambino <1anno entro 24h.
>1anno entro 5gg.

RADIOGRAFIA DEL TORACE

cose buone

- 1) eseguire l'RX in 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 antibiotico resistenza e/o di complicanze)

cose cattive

- 1) eseguire l'RX in un bambino con età > di 1 anno che risponde clinicamente all'antibiotico (24-48 ore)
- 2) eseguire l'RX per fare o per confermare la diagnosi
- 3) eseguire l'RX "di controllo", in un bambino clinicamente guarito, dopo un decorso senza complicazioni

TERAPIA ANTIBIOTICA

cose buone

- 1) amoxicillina (50mg/Kg/dia 2-3 sommin./dia per 5-7 giorni)
- 2) iosamicina (40-50 mg/kg/dia per 7 giorni) se bambino >5 anni
- 3) claritromicina (7,5-10mg/kg/die in 2 somministrazioni, nel bambino >6mesi)
- 4) macrolide in II battuta, dopo l'amoxicillina, se bambino non grave, ma non sfebbrato dopo 24-48 ore

cose accettabili

- 1) cefalosporine orali di II o III generazione
- 2) cotrimoxazolo (50mg/kg/dia in 2 somministrazioni)
- 3) ampicillina (100 mg/Kg/dia)

cose cattive:

- 1) aminoglicosidi di 1° battuta
- 2) cefalosporine iniettabili di 1° battuta

N.B. per i neonati, in regime di ospedalizzazione, si utilizzano altri schemi antibiotici (ampicillina + gentamicina o cefalosporine di III generazione)

ALTRI FARMACI

cose buone

- 1) beta 2 stimolanti se c'è una componen-

te di broncospasmo

cose cattive

- 1) cortisone per via generale

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 6m-1anno in buone condizioni cliniche

cose cattive

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

ESAMI

cose buone

- 1) agglutinine a frigore al letto del malato se il bambino è a casa (nel sospetto di una forma da micoplasma)
- 2) PCR VES e emocromo nel bambino ospedalizzato con complicanze
- 3) emocultura nel bambino piccolo (< 3 mesi) o in stato tossico ospedalizzato

cose cattive

- 1) eseguire controlli ematochimici in bambino già guarito
- 2) eseguire l'esame dell'escreato

CONVULSIONI FEBBRILI

DIAGNOSI

cose buone

- 1) includere nella diagnosi solo i bambini che comprendono tutte le seguenti caratteristiche:
 - a. crisi che insorge in corso di febbre (> 38,5)
 - b. età 6m-5a.
 - c. assenza di affezione cerebrale acuta o cronica
 - d. assenza di precedenti episodi di convulsioni afebrili

cose cattive

- 1) includere bambini che non abbiano tutte le caratteristiche descritte sopra

TRATTAMENTO DELLA CRISI CONVULSIVA

cose buone

- 1) Diazepam per via endorettale (nota 2)
- 2) genitori informati sul trattamento e in grado di effettuarlo prontamente (valium in casa, dosaggi e modalità di esecuzione corretti) (nota 2)
- 3) genitori informati sull'utilità del trattamento precoce della febbre

cose cattive

- 1) trattare la C.F. semplice con farmaci e modalità di somministrazione diversi da quanto descritto sopra
- 2) genitori non in condizione di effettuare un pronto trattamento di una recidiva (non informati, non dispongono del diazepam in casa, ecc)

RICOVERO

cose buone

- 1) Se la crisi non si arresta dopo la II somministrazione di Diazepam
- 2) durata del ricovero non > di 24 ore

cose accettabili

- 1) ricovero breve in pronto soccorso nel corso della 1° crisi

cose cattive

- 1) ricoverare un bambino in corso di una recidiva di C.F.
- 2) durata del ricovero prolungata (vedi sopra)

EEG

cose buone

- 1) convulsioni febbrili complesse (nota 1)
- 2) pregresso danno neuropsichico
- 3) età fuori dai limiti (< 6m; > 5a)
- 4) sospetto clinico della persistenza di uno stato di male elettrico
- 4) dopo un primo EEG risultato patologico

cose accettabili

- 1) dopo 20 giorni-1 mese dal 1° episodio di convulsione febbrile semplice

cose cattive

- 1) subito dopo un episodio di convulsione febbrile semplice
- 2) dopo episodi di convulsione febbrile successivi al primo in cui il primo EEG fosse risultato normale
- 3) eseguire altri esami strumentali (TAC, ECO, RMN...)

PROFILASSI

cose buone

- 1) nessuna profilassi

cose accettabili

- 1) profilassi discontinua con diazepam per os

cose cattive

- 1) qualsiasi profilassi continua

NOTE

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

Nota 2: 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 è risolta

INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

Sono *esclusi dal protocollo:*

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

DIAGNOSI

Cose buone

- 1) far partire le indagini di conferma (esame urine) entro 24 ore dal sospetto clinico (nota 1)
- 2) eseguire una corretta raccolta e conservazione del campione urinario (nota 2)
- 3) eseguire l'urinocultura o l'uricult

Cose accettabili

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

Cose cattive

- 1) scorretta raccolta e/o conservazione del campione urinario
- 2) non eseguire l'urinocultura o l'uricult
- 3) far partire le indagini di conferma (esame urine) dopo 3 giorni di febbre SAI.
- 4) raccogliere le urine per la conferma dopo aver iniziato la terapia antibiotica

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
- 2) attendere la risposta dell'urinocultura/antibiogramma prima di iniziare la terapia
- 3) eseguire la terapia con farmaci e durata diversi da quelli indicati alla nota 3.
- 4) non controllare le urine durante e dopo la terapia con la frequenza indicata sopra
- 5) genitori che non hanno ricevuto chiare indicazioni in rapporto all'esecuzione dell'esame urine in caso di febbre in bambino con precedente I.V.U. alta o con reflusso già documentato

RICOVERO

cose buone

- 1) ricoverare 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 di diagnosi)

ESAMI STRUMENTALI

cose buone

- 1) ecografia renale entro i 10 giorni di terapia e cistouretrografia o scintigrafia dopo un mese nei seguenti casi:

- tutti i bambini con età < a 1 anno con I.V.U.

- bambini nei primi 5 anni di vita con I.V.U. alta

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 prima 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 anti-

biotica

- periodicamente almeno una volta al mese per 6 mesi

- ad ogni episodio febbrile in bambino che ha avuto una precedente I.V.U. alta, almeno nei primi 6 mesi

2) eseguire profilassi antibiotica o controlli urinari ravvicinati prima dell'esecuzione della cistouretrografia;

3) in caso di reflusso vescico-ureterale di grado superiore almeno al I, eseguire la profilassi antibiotica e esami urinari ogni mese.

La profilassi va eseguita nei bambini di età < a 1 anno per tutto il primo anno di vita e nei bambini con età > a 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 R.V.U. di grado II o maggiore

3) non eseguire la profilassi antibiotica o esami urinari ravvicinati in attesa dell'esecuzione della cistouretrografia

Nota 1. conferma diagnostica di IVU: esame urine + urinocoltura.

a. Nell'esame urine si considerano i seguenti parametri:

- nitriti (stix)

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

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

- cilindri: orientano per una IVU alta

b. L'urinocoltura si considera positiva se presenta colonie di un solo ceppo \geq a 10 alla quinta.

N.B.: L'uricult può sostituire l'urinocoltura nei casi in cui risulti negativo, ma quando l'uricult fosse positivo va fatta anche un'urinocoltura.

Nota 2. Modalità di raccolta del campione di urine:

a. Il contenitore deve essere sempre sterile; b. Nei bambini che sanno trattenere le urine va raccolto il getto intermedio. Nelle femmine le grandi labbra della vagina dovrebbero essere previamente aperte per consentire l'esposizione dell'uretra; c. Prima della raccolta bisogna lavare i genitali esterni con acqua e sapone e asciugare bene; d. Nei bambini che non sono in grado di trattenere le urine la raccolta si fa con l'apposizione di un sacchetto sterile dopo avere lavato il bambino con acqua e

sapone e asciugato; non bisogna lasciare il sacchetto per più di 20-30 minuti; le urine dal sacchetto vengono raccolte con una siringa sterile; e. Il campione urinario deve essere immediatamente trasportato in laboratorio e comunque deve essere mantenuto refrigerato se il trasporto è lungo o non è immediato (massimo 24 ore in frigo).

Nota 3. Farmaci per la terapia:

a. **IVU bassa:** (è ammissibile questa diagnosi in caso di bambino con età > 1 anno, presenza di sintomi vescicali, assenza di febbre)

-nitrofurantoina (5 mg/Kg/dia in 2-4 dosi) per 3-7 giorni

-cotrimoxazolo (24 mg/Kg/dia in 1-2 dosi) per 3-7 giorni

-amoxicillina+ a. clavulanico (50mg/Kg/dia in 1-2 dosi) per 3-7 g

-cefalosporine orali di II o III generazione per 3-7 giorni

-fosfomicina trometanololo (1-2 gr/dia in unico dosaggio) per 1 giorno.

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

-aminoglicosidi+/-cefalosporine di II/III generazione.

(-netilmicina 5 mg/kg/dia in 2-3 dosi/dia;)

- cefaclor: 50-100 mg/kg/dia in 3 dosi/dia per 10 giorni;

- cefalosporine di III generazione: 100 mg/Kg/dia in 1-3 dosi/dia per 10 giorni.

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

-amoxicillina+acido clavulanico (50-100mg/kg/dia in 3 dosi x 10gg)

-cefalosporine di II generazione per 10 giorni

Nota 4. Farmaci per la profilassi (salvo indicazioni diverse dell'antibiogramma):

bambini di età > ai 6 mesi:

- nitrofurantoina

- trimetoprim

- cotrimossazolo 10-20 mg/Kg/dia, somministrazione unica

bambini di età < ai 6 mesi:

-trimetoprim

-cefalosporine orali

-amoxicillina+acido clavulanico 10-20 mg/Kg/dia, somm. unica

cologica utilizzando i seguenti farmaci:

- cotrimoxazolo 12 mg/Kg/dia

- fenossipenicillina 25 mg/Kg/dia

- sulfametossazolo 25 mg/Kg/dia

- amoxicillina 20 mg/Kg/dia

- ampicillina 30mg/kg/dia

2) Unica somministrazione giornaliera

3) Ciclo con durata totale di 3-5 mesi

4) Iniziare un secondo ciclo al II episodio di OMA che compare dopo la sospensione del I ciclo

5) adenoidectomia se dimostrazione di alterazioni timpanometriche o audiometriche, associate a ipertrofia adenoidea

cose cattive

1) non eseguire la profilassi farmacologica, o eseguirla per tempi troppo brevi

2) eseguire la profilassi con farmaci diversi da quelli sopraindicati

3) eseguire la profilassi farmacologica in bambino con un n° di OMA < a 3 in 6 mesi o 4 in 12 mesi

3) ricorrere all'uso di tubi endotimpanici

4) basare l'intervento tetraepitico sull'uso di mucolitici, antistaminici, cure termali, antibiotici topici, immunostimolanti, poiché non è stata dimostrata l'efficacia di alcuno di questi interventi.

ESAMI

cose buone

1) eseguire sempre la timpanometria o l'audiometria una volta fatta diagnosi di OMAR, e farla almeno 1 mese dopo l'ultimo episodio acuto di OMA

2) eseguire audiometria/timpanometria di controllo nei casi di sospetta ipoacusia, anche durante la profilassi farmacologica, e anche se non ci sono ricadute in profilassi

3) eseguire RX se sospetto clinico di ipertrofia adenoidea associato ad alterazioni già dimostrate della timpanometria/audiometria

cose cattive

1) eseguire la timpanometria/audiometria entro 1 mese dall'ultima OMA

2) non eseguire una timpanometria/audiometria una volta fatta diagnosi di OMAR

VISITA SPECIALISTICA

cose buone

1) nei casi di otorrea persistente (oltre i 7 giorni)

2) nei casi in cui il timpanogramma/audiogramma sia alterato

OTITE MEDIA ACUTA RICORRENTE

TERAPIA/INTERVENTI

cose buone

1) trattare le OMAR con profilassi farma-

OCCUPARSI INSIEME DEL FIBROCISTICO

Linee guida per una buona collaborazione fra curante e centro specialistico

a cura di Miano A.*, Battistini F.*, Brunelli P.R.***, Faberi P.***

* Medico del Centro Regionale F.C. per l'Emilia-Romagna - "Ospedale M. Bufalini" - Cesena.

** Psicologo del Centro Regionale F.C. per l'Emilia-Romagna - "Ospedale M. Bufalini" - Cesena.

*** Pediatra di Famiglia - Cesena

INTRODUZIONE

La Fibrosi Cistica (F.C.) ha una incidenza di circa 1:2500 nati. Il registro nazionale conta in Italia circa 3000 pazienti di cui il 50% è in età pediatrica. E' certo, quindi, che il pediatra ambulatoriale incontrerà uno o più pazienti con questa malattia. Deve, quindi possedere delle conoscenze da trasferire in strategie terapeutiche e poiché la F.C. è una malattia complessa dovrà concordare queste strategie con il Centro specialistico presso il quale il paziente è curato. Questa nota tende a ragionare attorno a questo problema che ci pare molto trascurato, da parte della cultura accademica, specialmente nell'insegnamento agli specializzandi. La trattazione che ne faremo ripercorrerà gli elementi didattici dell'esame dei problemi: quello nutrizionale, quello respiratorio, quello infettivo, quello dell'assistenza psicosociale.

BREVE SUNTO SULLA F.C.

E' noto che la malattia è dovuta ad un gene anomalo che provoca una alterazione di una proteina di membrana (CFTR) che a sua volta causa un difetto del trasporto del cloro.

Ciò rende le secrezioni esocrine particolarmente povere di acqua e quindi vischiose.

La causa principale di morte è la insufficienza respiratoria per la progressiva distruzione del parenchima polmonare.

Il decorso della malattia non è uguale per tutti; c'è una grande variabilità di decorso clinico, occorrono infatti, mesi o decenni per passare dallo stato oligosintomatico alla fase terminale.

Al momento attuale non esiste cura specifica o risolutiva sicché il trattamento tende a rallentare la progressione della malattia polmonare ed alla prevenzione delle complicanze pol-

monari ed extrapolmonari.

Per la F.C., come per poche altre malattie, esiste una legge dello Stato (vedi anche *ACP quaderni* .1995 :3/4:40-2).

La legge n. 548 del 23 dicembre 1993 (disposizioni per la prevenzione e la cura della Fibrosi Cistica) istituisce centri regionali di prevenzione, diagnosi, cura, insegnamento e ricerca per la F.C. con precisi compiti per mantenere alti questi standard. E' quindi raccomandabile che ciascun paziente, se già non l'ha avuta, abbia, su suggerimento del medico curante, una diagnosi ed una impostazione terapeutica confermate da un Centro di riferimento.

LA PRESA IN CARICO

Al di fuori dei periodi di aggravamento e di grave infezione, nei quali interviene il Centro specialistico, il medico di base potrebbe essere il solo gestore della salute del paziente. Ciò contribuisce sicuramente a dare alla famiglia la sicurezza di base di cui ha bisogno.

Questa funzione è sicuramente possibile purché il medico abbia semplici nozioni sulle modalità assistenziali che devono essere dedicate al paziente con FC e purché lui stesso e la équipe del Centro siano in comunicazione e concordino comuni strategie assistenziali ed organizzative cercando di definire al meglio i propri limiti di competenza e le proprie responsabilità in modo da non creare inutili sovrapposizioni e perdita di energie preziosissime.

Già al momento della diagnosi, il Centro deve avere contattato il medico di base per coinvolgerlo nella formulazione delle linee guida del trattamento.

Se ciò non è avvenuto il medico deve, esso stesso, chiedere di essere informato sui programmi assistenziali del Centro.

Deve, cioè chiedere:

- 1) il primo inquadramento;
- 2) i calendari delle visite di controllo (3-4 volte all'anno nei primi 2 anni, ogni 6 mesi circa in seguito);
- 3) le condizioni che suggeriscono controllo anticipati.

STRATEGIE ASSISTENZIALI DI BASE

Le linee assistenziali lungo le quali corre il lavoro del medico di base riguardano 4 ambiti:

- 1) la nutrizione;
- 2) la situazione respiratoria;
- 3) le infezioni;
- 4) la situazione psico-sociale.

Vediamoli in dettaglio:

LA NUTRIZIONE

1. l'alimentazione: cosa e quanto mangiare

L'alimentazione dei pazienti deve essere completamente libera, nessuna restrizione né qualitativa né quantitativa, deve essere prescritta.

Il latte materno è il latte raccomandato per i più piccoli.

La dieta deve essere ipercalorica fino al 150% della razione raccomandata in relazione al maggiore dispendio energetico legato all'impegno muscolare respiratorio e alla perdita fecale di nutrienti.

La dieta deve essere integrata da polivitamine in misura adeguata e da vitamina E (10 mg/kg/die). Questa sostanza viene proposta, in funzione antiossidante, nel tentativo di limitare il danno da radicali liberi prodotti dalla flogosi polmonare.

La dieta deve, inoltre, essere integrata da somministrazione supplementare di sale, specialmente in caso di perdita abbondante (sudorazione profusa da sforzo, elevata temperatura ambientale, febbre). La quantità supplementare di sale da somministrare è di 0,5-2 gr. al giorno. Un "pizzico" di sale contiene 0,4 g. di sodio cloruro.

2. lo stato del pancreas:

la somministrazione di fermenti digestivi

La gran parte dei pazienti (85%) con fibrosi cistica è pancreas insufficiente. Alcuni pazienti pancreas sufficienti al momento della diagnosi, possono diventare pancreas insufficienti con il passare del tempo. La condizione del pancreas è quindi informazione di estremo interesse. Questa informazione deve quindi essere sempre richiesta al Centro.

La strategia di supporto nutrizionale/digestiva è rivolta a favorire la crescita ottimale del bambino, cercando di massimizzare l'assorbimento degli alimenti e delle vitamine correggendo in tal modo i danni della insufficienza pancreatica. A tale scopo è fondamentale la somministrazione di estratti pancreatici.

Il curante, perciò, dovrà verificare la compliance opopancreatica dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

Sono utili alcuni accorgimenti.

Per gli allattati al seno la somministrazione può essere fatta all'inizio ed alla fine del pasto per non disturbare troppo l'allattamento; per i bambini più piccoli le microsfere dell'estratto possono essere mescolate ad un piccolo pasto acido come mela grattugiata, yogurt, succo di frutta o crema di riso con aggiunta di limone; per i più grandi la somministrazione dell'estratto va frazionata all'inizio, a metà ed alla fine del pasto.

La misura di riferimento per il dosaggio degli estratti pancreatici è l'attività lipasica del farmaco.

Occorrono circa 1500/2000 U di lipasi per ogni grammo di grasso ingerito.

E' sufficiente conoscere la quantità di grassi compresi nella razione alimentare, per rendersi conto dell'adeguatezza della dose.

Per adeguare la terapia alle necessità digestive è utile la valutazione dello *steatocrito* e della *chimotripsina* nelle feci.

Questi esami sono semplici e alla portata di ogni laboratorio. Lo *steatocrito* orienta sulla perdita fecale di grassi. Uno *steatocrito* inferiore a grammi 2,5% indica un coefficiente di assorbimento dei grassi (CA) superiore al 90%; un valore fra 2,5 e 12% un CA del 70-90%; un valore superiore al 12% un CA inferiore al 70%.

La determinazione della *chimotripsina* fecale misura la quan-

tità di enzima nelle feci; assenza o valori sotto 3 U per un grammo di feci, indicano insufficienza pancreatica.

Le informazioni che devono circolare sulla nutrizione:

In questo ambito della nutrizione il medico deve avere dal Centro le seguenti informazioni:

- indicazioni della situazione di crescita;
- sull'apporto calorico consigliato;
- sulla opoterapia pancreatica;
- sulla terapia vitaminica.

Egli deve a sua volta trasmettere ad ogni controllo, le seguenti altre informazioni:

- andamento della crescita ponderale;
- compliance per la dieta e per i farmaci digestivi;
- nuove manifestazioni cliniche di tipo gastroenterologico.

LA SITUAZIONE RESPIRATORIA

La strategia di supporto respiratorio è rivolta a rallentare la evoluzione della malattia polmonare.

Gli interventi mirano a migliorare la clearance delle secrezioni delle vie aeree, diminuendo la loro ostruzione. Ciò migliora la ventilazione e lo scambio dei gas polmonari. Gli interventi cercano, inoltre, di massimizzare la performance fisica e la tolleranza allo sforzo.

Questo si ottiene con alcuni interventi che riassumiamo brevemente.

1) E' necessario sottolineare con insistenza al paziente e alla famiglia precise regole di comportamento e di igiene ambientale:

- evitare la esposizione al fumo e gli ambienti troppo affollati;
- favorire un regime di vita molto attivo incoraggiando in qualunque occasione il movimento, l'attività motoria se non sportiva, la vita più possibile all'aria aperta.



2) E' necessario convincere paziente e famiglia della utilità della fisiocinesiterapia (FKT).

Questa consta di tecniche particolari basate su alcuni principi di fisiologia respiratoria che mirano a rimuovere i secreti delle vie aeree periferiche e a provocare la loro espulsione mediante espettorazione.

Non è affatto necessario che il curante diventi un esperto di fisioterapia, ma al Centro egli deve chiedere informazioni sul senso della tecnica consigliata e sulle modalità generali di esecuzione. Esistono semplici opuscoli informativi che egli può chiedere al Centro o agli autori di questa nota.

Deve, invece, informarsi, con insistenza ed accuratezza, se il paziente effettua il drenaggio raccomandato dal terapista del Centro ed in ogni caso deve invitare il paziente ad effettuarlo sottolineando l'importanza della FKT.

Deve riferire al Centro se ha l'impressione di una scarsa compliance e deve anche ricordare che, lungi dall'essere attenuata, la FKT deve essere intensificata in occasioni di esacerbazioni febbrili o di tosse o di modificazioni delle caratteristiche del catarro. A titolo indicativo si fa notare che una seduta minima di drenaggio posturale con clapping e vibrazioni, consiste in almeno 20 minuti di trattamento al giorno nelle 4 posizioni standard (lobo medio, lingua, segmenti posteriori dei lobi superiori).

Molto importante, al fine della liberazione del muco dalle vie aeree, è la precoce educazione del paziente e della famiglia, alla tosse. In particolare la famiglia deve superare tabù culturali basati sulla "repressione" della tosse. E' la tosse, infatti, che porta via il catarro dai bronchi.

Le informazioni che devono circolare sulla situazione respiratoria:

In questo ambito della situazione respiratoria e della FKT il medico deve avere dal Centro le seguenti informazioni:

- commento sulla radiografia del torace;

- valutazione dei valori spirometrici, gasanalitici e/o saturimetrici;

- indicazioni sulla FKT consigliata (tecnica, frequenza, segmenti polmonari da trattare con particolare intensità).

Egli deve a sua volta trasmettere ad ogni controllo le seguenti informazioni:

- compliance verso la FKT;
- andamento della tosse e caratteri macroscopici del catarro;
- frequenza respiratoria;
- resistenza allo sforzo;
- attività fisica;
- stato del sonno.

IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE

La strategia antinfettiva ha anch'essa lo scopo di rallentare la evoluzione della malattia polmonare cercando di minimizzare i processi infettivi a carico dell'apparato respiratorio.

Il catarro denso e vischioso, oltre ad occludere le vie bronchiali più distali, facilita la persistenza e la crescita di colonie di batteri che provocano inesorabilmente il danno dei tessuti polmonari.

Occorre adottare e tenere presenti schemi mentali che facciano supporre una riacutizzazione di infezione polmonare.

Gli eventi sentinella da tenere presenti a questo scopo sono:

- la febbre;
- la frequenza respiratoria aumentata anche in assenza di febbre;
- un aumento della tosse.

Questi ultimi due segni devono essere naturalmente rapportati ai valori usuali registrati nella cartella clinica del paziente in quanto, più che il dato "assoluto", ha valore la variazione rispetto ai valori di base usualmente riscontrati. La buona e costante tenuta di una semplice cartella clinica, con i dati fondamentali, è perciò essenziale.

Altri eventi di non minore importanza sono:

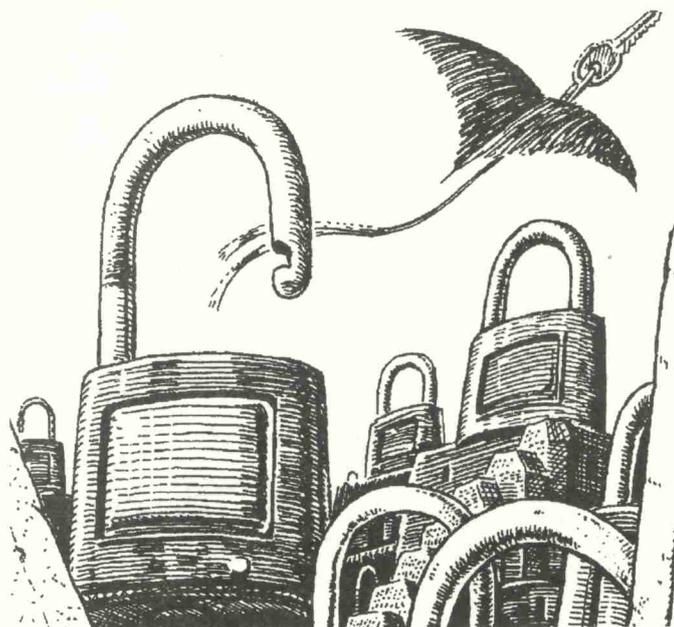
- l'aspetto del catarro (purulento, di densità aumentata, di colore giallo-verdastro);
- la scarsa crescita ponderale o addirittura il calo ponderale;
- l'inappetenza e la maggiore affaticabilità;

Gli indici di infezione (VES, PCR) possono essere utilizzati, ma sono spesso confondenti in caso di infezione cronica; meglio quindi non valutarli isolatamente e senza corrispettivo clinico.

La terapia infettiva si avvale di antibiotici orali, endovenosi, aerosolici.

E' raccomandabile, prima di iniziare un ciclo di terapia antibiotica, effettuare un esame colturale di espettorato con antibiogramma per individuare il germe responsabile della infezione (i principali germi in causa sono lo Stafilococco aureo e lo Pseudomonas Aeruginosa) e la sua sensibilità agli antibiotici.

Esistono protocolli di antibiotico-terapia che ciascun Centro ha elaborato e che ha correntemente in uso. Il medico di base dovrà pertanto chiedere che il Centro gli invii i protocolli di



antibiosi in uso con i relativi dosaggi e durata della terapia.

Quanto ai dosaggi, alla durata dei cicli terapeutici ed all'associazione di più antibiotici, si dovrà tenere conto che la antibiotico-terapia nei bambini FC è più aggressiva rispetto a quella consigliata nei bambini non FC.

Occorre, quindi, una osservazione attenta per rilevare eventuali reazioni indesiderate.

La profilassi delle infezioni respiratorie comporta la esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie per legge e raccomandate. La vaccinazione antiinfluenzale deve essere effettuata a cadenza annuale.

Le informazioni che devono circolare sul controllo della infezione:

In questo ambito le informazioni che il medico deve avere dal Centro sono:

- motivazione della terapia antibiotica (germe isolato, resistenze, farmaco, dose, via, durata).

Quelle che il medico deve trasmettere sono:

- compliance alla terapia;
- correttezza della terapia endovenosa (chi la fa? il medico? la famiglia? l'ospedale?);
- eventuali terapie intercorrenti di qualsiasi tipo gestite dal curante su propria iniziativa (ricordiamo che le terapie prescritte dal medico curante sono soggette al ticket sanitario, a norma di legge).

LA TERAPIA AEROSOLICA

La terapia con aerosol è fondamentale nel trattamento della FC.

Essa si avvale di più farmaci:

- broncodilatatori;
- mucolitici;
- fluidificanti;
- antibiotici.

Viene effettuata con apparecchi speciali ad ultrasuoni o jet.

Quelli a jet (a getto d'aria) servono per piccole quantità di medicinali.

Questi apparecchi saranno utilizzati anche per le cosiddette "nuove terapie" che prevedono la via aerosolica come via principale per la loro somministrazione (Amiloride, UTP e futura terapia genica). Già attuale però è la terapia aerosolica con desossiribonucleasi ricombinante umana (rhDNasi).

Quelli ad ultrasuoni servono sia per somministrare medicinali che per fornire grandi quantità di acqua per fluidificare il muco.

Il curante deve verificare che il paziente abbia avuto dal Centro informazioni sulle tecniche per l'utilizzo ottimale di questi apparecchi che i malati hanno diritto di avere in dotazione a spese dell'AUSL (vedi ACP-quaderni n. 3 - 1995).

Anche il medico deve essere stato informato sulle loro caratteristiche funzionali e sul loro uso, sulle modalità di disinfezione e sterilizzazione.

In tal modo egli può farsi carico della sorveglianza del loro

corretto uso e pulizia.

La adeguata manutenzione di questi apparecchi è fondamentale per il successo terapeutico e per evitare insidiose e fastidiose reinfezioni batteriche. Anche su quest'ultimo aspetto è disponibile materiale documentativo che si può avere dal Centro o dagli autori di questa nota.

Le informazioni che devono circolare sull'aerosolterapia:

sulla situazione della funzione respiratoria in relazione alla terapia aerosolica il Centro deve dare informazioni su:

- indicazioni precise della aerosol-terapia;
- farmaci da usare (dose, frequenza, durata).

Ad ogni controllo il curante deve fornire al Centro informazioni su:

- compliance della terapia;
- pulizia degli apparecchi per aerosol;
- eventuali terapie intercorrenti gestite dal curante su propria iniziativa (ricordiamo ancora che le terapie prescritte dal medico curante sono soggette al ticket sanitario.).

ASSISTENZA PSICO-SOCIALE

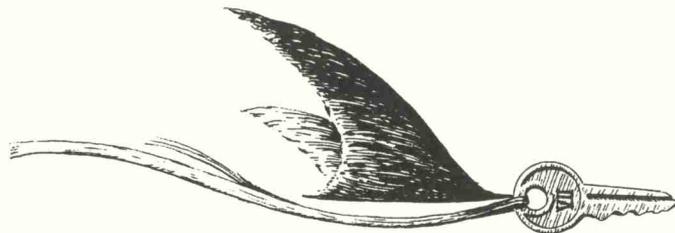
Il carico psicologico di ogni malattia cronica è davvero pesante sia per il bambino che per la famiglia.

Per il bambino l'assistenza psicosociale è diretta a promuovere il suo sviluppo, ad ottimizzare la sua tolleranza per la malattia, a promuovere al massimo la sua partecipazione alla cura della propria salute.

Per la famiglia questa strategia è diretta a garantire le migliori condizioni di vita favorendo al massimo le capacità di accettazione della malattia, adattando le cure del bambino al proprio stile di vita.

Le competenze del medico di base, in questo ambito, sono modeste. Egli può però utilizzare le strutture ed i servizi sociali e psicologici della sua AUSL, i quali hanno certamente esperienza in questo ambito dato che il trattamento psicologico e sociale della FC non è diverso da quello delle altre malattie croniche e disabilitanti.

I punti sui quali il medico può focalizzare la sua attenzione e contattare al proposito i servizi sono:



IL TRATTAMENTO DELLA TBC IN ETÀ PEDIATRICA.

° Paolo Siani, *Stefania Russo,** Dorianna Longo, *Alfredo Guarino, °Luigi Cimaduomo, °Alessandro Coletta
 ° 28ª Pediatria Azienda Cardarelli -
 * Clinica Pediatrica Il Policlinico Napoli. **Pediatria di base

Nel numero 2 (marzo '95, pag 40, 41) di Quaderni era stato affrontato il problema della diagnosi di tbc e di come si pratica e si interpreta correttamente l'intradermo-reazione di Mantoux. In questo secondo articolo parleremo della terapia. Come ricorderete era stato proposto un questionario ad un gruppo di pediatri e alla domanda "bambino con Mantoux positiva e senza segni di malattia che fai?" i 202 pediatri campani da noi intervistati avevano risposto così:

INH per 9 mesi il 29%

niente il 22%

INH per 12 mesi il 19%

Consulto il libro il 17%

Rifampicina il 5%

Pirazinamide il 3%

INH per 18 mesi il 3%

INH + rifampicina + pirazinamide il 2%.

Come si vede c'è un po' di confusione e disorientamento a dimostrazione del fatto che sulla tbc i pediatri, non hanno le idee del tutto chiare. La tbc d'altra parte è una malattia in grande aumento e infatti alla nostra domanda "quanti casi di tbc hai osservato negli ultimi 5-10 anni?"

Il 59,4% ne ha osservato almeno 5.

Prima di dare la risposta esatta alla domanda è necessario dare la definizione di bambino esposto, infetto e malato.

Per ESPOSTO si intende il bambino ad alto rischio di infezione tubercolare e comprende i seguenti gruppi:

1- b. in stretto contatto con adulti con tbc in fase attiva,

2- b. che provengono o i cui genitori provengono da aree geografiche ad alta prevalenza di tbc,

3- b. in condizioni socio economiche disagiate (povertà)

4- b. con condizioni mediche che aumentano il rischio di infezione tubercolare: neoplasie, diabete, insuf. renale cronica,

malnutrizione, malassorbimento cronico.

5- b. sieropositivi per HIV,

6- b. in condizioni di immunodepressione,

7- b. residenti in comunità chiuse, (collegi, colonie etc)

8- b. frequentemente esposti ad adulti: tossicodipendenti, sieropositivi, alcoolisti, istituzionalizzati,

Per INFETTO si intende il bambino con tubercolina positiva senza altri segni di malattia.

Per MALATO il b. con tubercolina positiva e contemporanea presenza di segni radiologici e/o clinici di malattia.

APPROCCIO AL B. ESPOSTO

Tutti i b. esposti ad alto rischio di infezione tbc vanno sottoposti al test di screening secondo Mantoux.

Se il test di Mantoux risulta positivo il b. deve essere studiato per la possibilità di una forma attiva. Bisogna identificare l'adulto che abbia contagiato presumibilmente il b.

In tutti i cutipositivi va eseguita una rx grafia del torace e va iniziato al più presto il trattamento.

Se il test di Mantoux risulta negativo va fatta ugualmente la rx grafia del torace e iniziata la terapia preventiva se si sospetta un'infezione recente soprattutto nei bambini di età inf. a 4 anni, nei bb. immunodepressi o che provengono da aree geografiche ad alta prevalenza di tbc. Tutto questo perchè i soggetti infetti possono avere una cutireazione negativa o per anergia o per un ritardo della maturazione dell'immunità cellulare. Infatti bisogna ricordare che la cutipositività alla tubercolina compare per la prima volta, 3 - 6 settimane (occasionalmente anche 3 mesi) dopo l'infezione iniziale.

I soggetti con Mantoux negativa possono essere testati di nuovo dopo 8 - 10 settimane dopo l'allontanamento dal contatto. Se il test cutaneo è negativo il trattamento (INH) può essere sospeso. Pertanto il bambino infetto (cioè con Mantoux positiva) anche senza segni clinici o radiologici di malattia va considerato malato e

quindi trattato.

Il trattamento prevede sempre uno schema standard (dosi giornaliere) e uno alternativo (dosi bisettimanali), quest'ultimo deve essere adottato sempre quando non si è sicuri che al bambino venga somministrata la terapia correttamente ogni giorno; per cui si effettua una terapia con somministrazione bisettimanale del farmaco e sotto stretto controllo di un operatore sanitario.

Ma vediamo nel dettaglio

Farmaco: isoniazide (INH)

dosaggio: 10 mg/Kg/die (dose massima 300 mg) in dose singola ogni giorno o in alternativa

20 mg/Kg/die (dose massima 900 mg) in dose singola due volte a settimana, sotto controllo diretto del personale sanitario.

durata: 9 mesi nel b. immunocompetente
 12 mesi nel b. immunocompromesso.

In caso di possibile resistenza all'INH si utilizza la Rifampicina al dosaggio di 10 mg/Kg/die (dose massima 600 mg) in dose unica giornaliera da sola o in associazione con la stessa INH per un periodo di 9 mesi.

Il problema della resistenza ai farmaci:

Si verifica più frequentemente nei soggetti provenienti da zone ad alto rischio (Asia, Africa, America Latina), fra i senza tetto, fra i soggetti già trattati per tbc. Per cui prima di iniziare un trattamento bisognerebbe sempre avere i dati della sensibilità in vitro del germe isolato dal bambino o dall'adulto fonte di contagio anche se l'incidenza della resistenza ai farmaci nei soggetti non trattati è relativamente bassa

TRATTAMENTO DEL BAMBINO MALATO

1. trattamento della tbc polmonare con o senza adenopatia ilare:

farmaci:

isoniazide, rifampicina, pirazinamide

schema standard - durata 6 mesi

* primi 2 mesi: INH, rifampicina e pirazi-

namide tutti i giorni

* successivi 4 mesi : INH e rifampicina tutti i giorni o in alternativa 2 volte a settimana sotto controllo diretto del personale sanitario.

schema alternativo: durata 9 mesi

* 9 mesi di INH e rifampicina ogni giorno oppure

* 1 mese di INH e Rifampicina ogni giorno seguito da 8 mesi di INH e rifampicina 2 volte a settimana.

Se si sospetta una farmacoresistenza si può aggiungere un altro farmaco (etambutolo o streptomina) alla terapia iniziale fino a che la sensibilità farmacologica non sia stata determinata.

TRATTAMENTO MENINGITE TUBERCOLARE, FORMA DISSEMINATA (MILIARE), TBC OSTEO ARTICOLARE.

2 mesi di INH, rifampicina, pirazinamide, streptomina ogni giorno, seguito da 10 mesi di INH e rifampicina, ogni giorno, oppure 2 volte alla settimana.

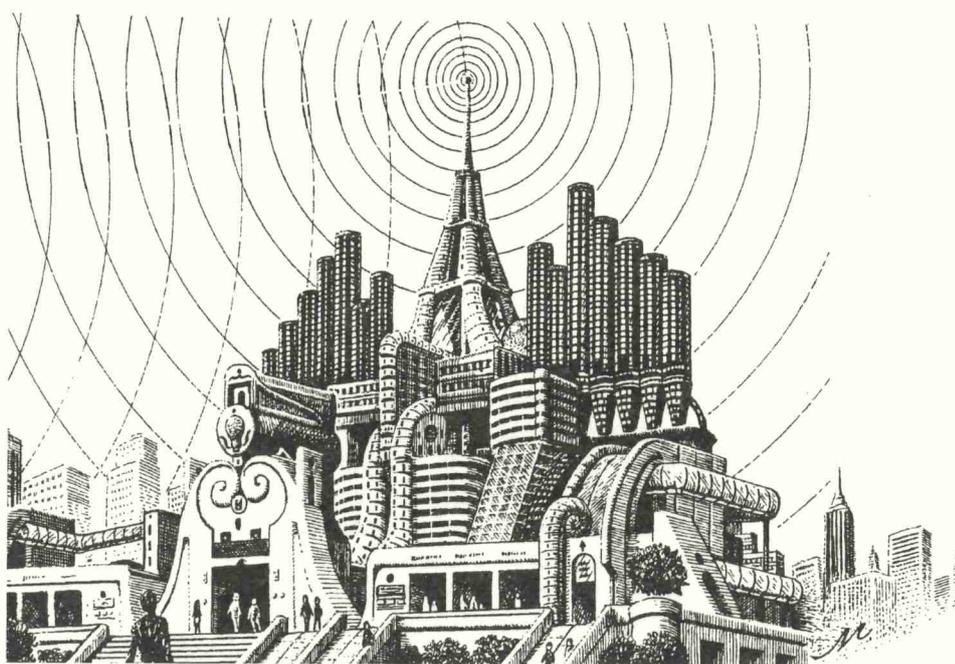
TRATTAMENTO DELLA FORMA EXTRAPOLMONARE NON MENINGEA, DISSEMINATA O OSTEOARTICOLARE.

La linfadenite superficiale è la forma più comune di tbc non respiratoria e viene rilevata di solito a livello della testa e del collo, interessando linfonodi multipli, spesso bilateralmente. Si segue lo stesso schema di trattamento proposto per la tbc polmonare.

In pratica il rischio che una tubercolosi asintomatica non trattata evolva in malattia conclamata è molto elevata in età pediatrica (43% < 1 anno ; 24% tra 1 - 5 anni).

Vediamo infine la valutazione e il monitoraggio della terapia.

La durata della terapia antitubercolare dipende dalla risposta individuale, dall'evoluzione del quadro radiologico, dai risultati degli strisci e delle colture e dalle ricerche sulla sensibilità del germe isolato dal paziente o dal caso contatto



sospetto. Il monitoraggio mensile della risposta batteriologica e clinica alla terapia è importante nei pazienti con positività dell'espettorato o materiale gastrico. Nei casi con espettorato o materiale gastrico negativo bisogna eseguire una radiografia del torace ogni 2 - 3 mesi per valutare l'andamento della malattia.

Se la terapia è stata interrotta la data per il suo completamento deve essere posposta. Sebbene non possano essere date delle raccomandazioni per ciascun caso, i fattori da tenere in considerazione per il completamento della terapia sono:

- la durata dell'interruzione
- il periodo della terapia (iniziale o tardivo) in cui è avvenuta l'interruzione
- le condizioni cliniche, radiologiche e batteriologiche prima, durante e dopo l'interruzione.

Infine il cortisone (desametasone) deve essere utilizzato nella meningite tubercolare per ridurre la vasculite, l'infiammazione e l'ipertensione endocranica, è suggerito (ma non è obbligatorio) nel versamento pleurico o pericardico (per accelerare il riassorbimento), nelle miliari gravi (per ridurre il blocco alveolo-capillare), nei quadri endobronchiali (per diminuire l'ostruzione e l'atelettasia).

Pertanto la risposta esatta alla domanda "bambino con mantoux positiva e senza segni di malattia che fai?" è la seguente: INH per 9 mesi nel b. immunocompetente, 12 mesi se immunocompromesso..

Per saperne di più:

- 1) *Control of tuberculosis in the United States. American Thoracic Society . Am.Rev.Respir.Dis. 1992 dec.- 146: 1623*
- 2) *Diagnostic and therapeutic management of atypical mycobacterial infections in children. Dhooge I . et al. Eur. Arch. Otorinolaryngol. 193; 250: 387*
- 3) *American Academy of pediatrics. Committee on infectious diseases: screening for tbc in infants and children. Pediatrics 1994 Jan.*
- 4) *Treatment of tbc and tbc infection in adults and children : american Thoracic Society and The Centers for disease control and prevention. Am. J. Resp. Crit.Care. Med. 1994 May 149: 1359*
- 5) *Short-course therapy for tbc in infants and children. Infectious diseases and Immunization committee, Canadian Pediatric Society. Can.Med.Assoc.J. 1994 Apr. 115 - 1233*
- 6) *Clinical features, diagnosis and treatment of tbc in infants. Vallejo J.G., Ong LT., Strke JR. Pediatrics 1994 Jul 94 - 1-7*

RISORSE DISPONIBILI E BENEFICIO CONTABILE DELLE VACCINAZIONI

di Lello Contarini

Il problema prioritario dei moderni sistemi sanitari è rappresentato dalla scarsità di risorse disponibili a fronte della generale e crescente domanda di salute che la sanità esprime. Carlo Lucioni, dell'Istituto di Economia Sanitaria di Milano, affronta su Quaderni Di Vaccinazione 2000 (1995;supp.3/agosto pg.31-7) un argomento di estremo interesse: quale e quanto è il beneficio contabile delle vaccinazioni? Riteniamo utile seguire, insieme ai nostri lettori, il filo del suo discorso.

Le nuove tecnologie (farmaci, apparecchiature, procedure mediche e chirurgiche) hanno dato e daranno luogo a una crescente offerta di nuovi mezzi di cura, la cui disponibilità ha generato una domanda in continua espansione, con aumento dei consumi e quindi della spesa pubblica.

Una politica di tagli indiscriminati dei costi, da sola, non costituisce un obiettivo razionale per un sistema sanitario che deve invece perseguire la salute dei propri clienti. La via da perseguire è cercare di migliorare l'efficienza delle risorse utilizzate, dato un certo livello di risorse

impegnate nel sistema, scarse per definizione.

Quando le risorse non bastano per fare tutto occorre scegliere per cosa utilizzarle, con l'obiettivo di massimizzare la quantità di salute ottenibile.

In un regime di libera concorrenza la teoria economica affida al mercato il compito di determinare un uso efficiente delle risorse.

Ma i servizi sanitari costituiscono un campo di attività ben lontano da una situazione di mercato. Infatti le scelte non sono effettuate dal paziente, che non ha le conoscenze necessarie, ma dal medico che viene ad assumere un ruolo prevalente nel determinare livelli e tipologia della spesa senza tuttavia essere chiamato a sopportarne l'onere. Inoltre nel nostro Paese la maggior parte dei costi non è a carico del paziente ma del "terzo garante" (SSN). Risulta evidente che il mercato difficilmente può operare un miglioramento dell'efficacia e del benessere generale.

Tuttavia l'uso delle risorse non può essere lasciato senza alcun controllo. Esiste un preciso interesse della collettività a far sì

che i benefici che si ricavano dall'attività sanitaria siano quantomeno proporzionali ai costi. Occorre valutare anche da un punto di vista economico programmi e prodotti. Per questo accanto ai tradizionali parametri clinici (efficacia e tollerabilità), per la valutazione di una nuova tecnologia

Tab. 1

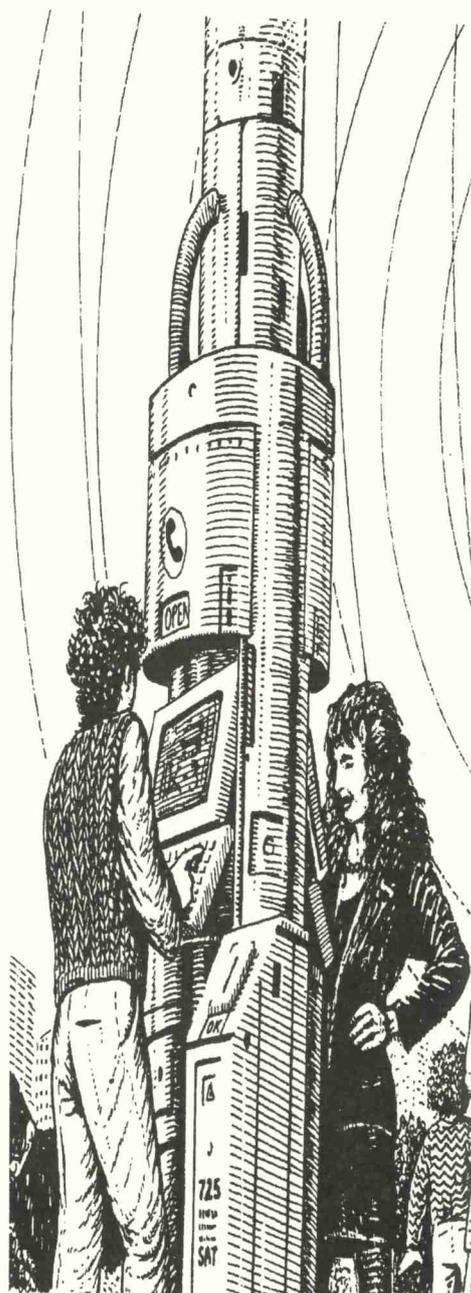
Alcuni risultati dell'analisi Costi-Benefici

Di quanto i benefici (valutati in termini monetari) eccedono i costi?

(Studi condotti in Paesi industrializzati)

	Benefici		Costi
Pertosse	3-11	:	1
Morbillo	4-12	:	1
Parotite	2-7	:	1
Rosolia	6-20	:	1
Poliomielite	60	:	1
Epatite B (gruppi a rischio)	10-13	:	1

Fonte: J.P.Koplan, 1988. R. van der Oever et al., 1993. S.P. Conway e B. Leese, 1993



ANIELLO, IL RISCHIO SOCIALE E I D.R.G.

di Luciano de Seta

Aniello ha 10 anni ed è di Ercolano, cittadina alle falde del Vesuvio famosa per l'eruzione che la distrusse insieme a Pompei nel '79 d.c., per gli scavi che sono forse anche più belli di quelli di Pompei e per alcune stupende ville vesuviane. È un centro cresciuto troppo in fretta sulla zona costiera da Napoli a Sorrento, spesso alla ribalta della cronaca nera per fatti di mafia ma soprattutto per ospitare vaste sacche di mafia degrado urbano, ambientale e sociale. In questo contesto, nel quartiere più degradato della cittadina, Pugliano, vive Aniello con cinque fratelli tutti più piccoli di lui, un padre fornaio che lavora 12 ore al giorno prevalentemente di notte e una madre casalinga (padre e madre insieme non raggiungono i sessant'anni). Nel Dicembre del '93 si ricovera in reparto perché da una settimana ha la febbre e le ginocchia e una cavaglia gonfie e dolenti: gli indici di flogosi risultano tutti molto elevati, gli anticorpi antistreptococco Beta emolitico negativi, negativo la ricerca dello streptococco in faringe. Viene posta diagnosi di poliartrite (reumatoide?) con sierologia negativa. Il trattamento con salicilato fa rapidamente migliorare la sintomatologia ed Aniello, che non ha alcun genitore vicino in ospedale, si attacca al personale di assistenza, diventa la loro "mascotte", dà una mano (non richiesta!), si fa voler molto bene. Di Aniello colpisce in tutti noi il bisogno di essere "curato", coccolato, sentirsi al centro dell'attenzione. Dopo circa 20 giorni di degenza gli indici infiammatori si avviano verso la normalizzazione, la posologia del salicilato viene ridotta e si decide per la dimissione protetta la settimana successiva con la diagnosi di Artrite reumatoide pauciartriale tipo II, in attesa della risposta dell'HLA B27. Appena gli viene comunicata la decisione della dimissione Aniello cambia umore, diventa irascibile, risponde in modo maleducato: sembra un altro bambino. Due sere prima della dimissione verso le 23.00 accusa una violenta sintomatologia dolorosa all'emitorace destro verso la base: il medico di guardia, preoccupato, gli fa praticare una radiografia ed un ECG risultati negativi. Il dolore si calma dopo la somministrazione di 20 gocce di Novalgina. La sera successiva la sintomatologia si ripete ancora più violenta con grida, pianti, lamenti e si seda questa volta **con 20 gocce di soluzione fisiologica e due gocce di Novalgina!** Aniello non vuole tornare a casa; racconta di una madre tutta presa ad accudire i suoi cinque fratellini dei quali il più piccolo ha pochi mesi, di un padre che lavora di

notte e dorme di giorno e che spesso lo picchia al risveglio dopo il sonno diurno e prima di andare a lavoro, esasperato dalle lamentele della mamma a sua volta nevrotizzata dagli innumerevoli problemi di massaia con sei figli e dal fatto che Aniello "non vuole assumersi le sue responsabilità". Aniello, al pomeriggio, dopo la scuola che frequenta con profitto, accudisce i fratellini, tanto che uno di questi lo chiama "mamma": Una famiglia gravemente "multi-problematica". Invitiamo il padre a venire in reparto - non si era mai visto per tutto la degenza - e, insieme alla madre, cerchiamo un dialogo, prospettando i problemi della malattia di Aniello e del fatto che si tratta di una situazione seria da tenere sotto controllo, probabilmente recidivante. Ai tentativi di entrare nel merito del disagio psico-familiare del bambino, il padre (trent'anni, IV elementare, sposato a 17 anni perché la mamma era in attesa di Aniello) alza muri di incomunicabilità, dice di non far mancare nulla alla sua famiglia e sostiene con convinzione che Aniello deve studiare (perché lui non lo ha fatto), comportarsi bene, accudire ai fratelli, altrimenti..... Porta a casa il bambino, impegnandosi a riportarlo ai controlli programmati. Per sei mesi seguiamo Aniello in D.H.. Fortunatamente le cose vanno bene, non ha ricadute, gli indici infiammatori si mantengono nella norma e sembra che il rapporto con la famiglia e soprattutto con il padre sia migliorato. Poi lo perdiamo di vista, anche se ci informano alcuni vicini di casa che sta bene. Un mese fa, dopo circa un anno dal primo ricovero, Aniello ritorna in Ospedale d'urgenza per la stessa sintomatologia artritica della prima volta. (ginocchia e tutte e due le caviglie gonfie), indici di flogosi molto alti, non segni di infezione streptococcica né di cardite. Nuovo trattamento con salicilato e nuova pronta risposta clinica. Dopo qualche giorno decidiamo di dimettere Aniello che, questa volta, si rifiuta decisamente di tornare a casa pregandoci di farlo rimanere ancora ricoverato: la mamma aspetta il settimo figlio, non si può occupare di lui che è il "più grande" mentre il padre è completamente assente e quando presente lo rimprovera o lo picchia per le sue disubbidienze (allontanarsi di casa in bicicletta, giocare a pallone in strada, non stare in casa al pomeriggio a studiare e a badare ai fratelli più piccoli.) Investiamo del problema la psicologa dell'ospedale, il servizio sociale del comune e un gruppo di ascolto locale della "Charitas". Il bambino ha estremo bisogno di essere seguito

almeno al pomeriggio, per toglierlo dalla strada, per aiutarlo a scuola (quest'anno frequenta la I media), per vivere, anche se parzialmente, un modello familiare fisiologico. Tutti insieme decidiamo che il modo migliore per assicurare una continuità delle cure mediche e dei controlli necessari per l'artrite reumatoide, un necessario supporto psicologico, educativo e di guida è quello di affidarlo ad una famiglia al pomeriggio, dall'uscita dalla Scuola fino a sera, quando Aniello rientrerebbe a casa. Comunque alla madre questo nostro orientamento ed ella si dice d'accordo. Il padre, invece, si oppone con durezza alla nostra proposta, ripetendo gli stessi argomenti addotti l'anno prima. Per lui Aniello non ha bisogno di nulla, né dal punto di vista materiale, né affettivo, deve "farsi le ossa" e o riga diritto o è peggio per lui. Aniello tra lacrime (anche del personale di assistenza) pianti e strepiti, dopo lunghe discussioni con noi, la psicologa il personale di assistenza, accetta di tornare a casa, con la promessa che periodicamente verrà in ospedale per controlli che noi programiamo più frequenti del necessario.

Tra sette giorni deve venire a controllo col padre che si è impegnato ad accompagnarlo in persona. Non siamo sicuri che ciò avvenga perché il papà di Aniello ha male interpretato il nostro interessamento e si è mostrato quasi risentito. Probabilmente verrà di nuovo d'urgenza quando la si riacutizzerà la sintomatologia.

L'ospedale è un ottimo sensore di disagio sociale e/o psico-familiare nell'infanzia. Non è facile il mestiere di pediatra ospedaliero, in particolare qui da noi, al sud. Bisogna lavorare molto di più sia per raggiungere buoni standards diagnostici sia per fare in modo che i trattamenti per le malattie croniche vengano correttamente eseguiti. Per questo bisogna trattenere i bambini più tempo del necessario in ospedale, rivederli più spesso in ambulatorio, ricordare loro telefonicamente di venire a controllo. Ricoveri d'urgenza ripetuti, tempi di degenza molto più lunghi del necessario per essere sicuri che la terapia sia correttamente eseguita, scarso uso del DH, sono tutti riflessi della condizione di disagio sociale largamente diffuso sul territorio cui affrisce prevalentemente il nostro ospedale. Il sistema dei DRG non prevede questo tipo di degenze "sociali" e, queste, possono influenzare negativamente la resa "economica" di un reparto. In un momento di grande trasformazione della sanità, alla luce di sempre nuove riduzioni dei finanziamenti, l'assistenza a questo tipo di utenza, soprattutto se affetta da malattie croniche o ricorrenti, rischia di essere ulteriormente penalizzata.

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*
- n. 3: Manifestazioni extraintestinali delle malattie intestinali (parte seconda. Le artriti reattive): *Una lezione di Sandro Ventura e Loredana Lepore*
- n. 4: ABC di dermatologia per il pediatra parte prima *di Fabio Arcangeli*
- n. 5: ABC di dermatologia per il pediatra parte seconda *di Fabio Arcangeli*
- 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.

Scheda tecnica

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE.

Infanrix™ (DTPa)

2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA IN PRINCIPI ATTIVI ED ECCIPIENTI

Principi attivi:

anatoxina difterica	non meno di 30 U.I.
anatoxina tetanica	non meno di 40 U.I.
anatoxina pertossica	25 mcg
emoagglutinina filamentosa	25 mcg
proteina membrana esterna	69k: da 8 mcg

Eccipienti:

idrossido di alluminio	0,5 mg
2-fenossietanolo	2,5 mg
sodio cloruro	4,5 mg

Acqua per preparazioni iniettabili q.b. a 0,5 ml

3. FORMA FARMACEUTICA E VIA DI SOMMINISTRAZIONE.

Infanrix™ è una sospensione ad uso iniettabile intramuscolare. Il vaccino, dopo essere stato agitato, si presenta come una sospensione opalescente. In Infanrix™ non agitato si osserva un deposito bianco ed un surnatante limpido.

4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSSICOLOGICHE ED ELEMENTI DI FARMACOCINETICA.

Infanrix™ è un vaccino, adsorbito su idrossido di alluminio, a base di anatoxine difteriche, tetaniche e di tre antigeni purificati della *Bordetella pertussis*. La componente pertossica acellulare è costituita da tre antigeni, a più alta attività immunogena, e precisamente dalla anatoxina pertossica (PT), dall'emoagglutinina filamentosa (FHA) e da una proteina da 69 kilodalton della membrana esterna (69 kDa OMP) la cui efficacia protettiva è dimostrata. I componenti antigenici sopracitati vengono estratti, purificati e stabilizzati da colture di *Bordetella pertussis* in fase antigenica I. Le anatoxine difteriche e tetaniche sono ottenute attraverso l'inattivazione con formaldeide e la purificazione delle tossine del *Corynebacterium diphtheriae* e del *Clostridium tetani*. Infanrix™ risponde a quanto richiesto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per le sostanze biologiche e per i vaccini contro il tetano e la difterite. Nel processo produttivo di Infanrix™ non vengono mai utilizzate sostanze di origine umana. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che la somministrazione di Infanrix™ promuove un'elevata risposta anticorpale nei confronti della difterite, del tetano e della pertosse, promuovendo l'immunizzazione attiva in tutti i soggetti suscettibili alla malattia.

5. INFORMAZIONI CLINICHE. La somministrazione del vaccino Infanrix™ promuove la produzione di anticorpi specifici contro la difterite, il tetano e la pertosse, conferendo un elevato livello di immunità nei soggetti trattati. **Indicazioni terapeutiche.** Infanrix™ è indicato per l'immunoprofilassi attiva contro la difterite, il tetano e la pertosse nei bambini a partire dal secondo mese di vita e come dose di richiamo nei bambini dai 15 mesi ai 6 anni compiuti di età, anche nel caso di precedenti vaccinazioni effettuate con vaccino antitetanico, difterico e pertossico. **Controindicazioni.** Come per qualunque altro vaccino, la somministrazione di Infanrix™ dovrebbe essere rimandata nei soggetti affetti da malattie febbrili ed acute. La presenza di infezioni lievi non costituisce controindicazione. Infanrix™ non dovrebbe essere somministrato a soggetti che, in seguito a precedenti vaccinazioni con Infanrix™ o con vaccini antitetanici ed antidifterici hanno evidenziato segni di ipersensibilità. **Effetti indesiderati (frequenza e gravità).** Dato l'elevato grado di purificazione degli antigeni contenuti nel vaccino, Infanrix™ risulta estremamente ben tollerato. Solo in rari casi nelle 48 ore successive alla vaccinazione sono state osservate reazioni locali (dolore 3,7%, rossore 0,6% e tumefazione 0,4%) e/o sistemiche (febbre superiore ai 38 °C rettili 8,9% o febbre superiore ai 39 °C rettili 0,1%). Sintomi non sicuramente correlabili alla somministrazione del vaccino, quali agitazione, pianto per più di 1 ora, diarrea, costipazione e vomito, sono stati osservati nel 5% delle dosi somministrate. Sono inoltre stati segnalati casi di dermatiti ed eczemi (fino all'1%), tosse, rinite, bronchite o altre infezioni del tratto respiratorio superiore (fino al 3%) e infezioni virali ed otiti medie (fino all'1%). Eventuali effetti indesiderati devono essere subito comunicati al medico curante o al farmacista. **Speciali precauzioni.** In considerazione dell'elevata tollerabilità del prodotto non vengono usualmente richieste speciali precauzioni d'uso nel somministrare il vaccino a soggetti sani. È tuttavia buona pratica clinica, prima di somministrare il vaccino, sottoporre il bambino a visita medica raccogliendo i dati anamnestici relativi alle manifestazioni di effetti collaterali indesiderati correlati a precedenti immunizzazioni. Non costituiscono controindicazione alla somministrazione di Infanrix™ dati anamnestici relativi a manifestazioni di convulsioni febbrili del vaccinato o episodi convulsivi familiari.

L'infezione da virus HIV non è considerata una controindicazione. A scopo del tutto cautelativo, come per tutti i vaccini iniettabili, è buona norma disporre di un trattamento farmacologicamente adeguato per far fronte immediatamente ai rari casi di reazioni anafilattiche. Per questa ragione il vaccinato deve rimanere disponibile per almeno 30 minuti dopo la vaccinazione. Nel caso di eventi indesiderati in relazione temporale (entro le 48 ore) con la somministrazione di DTP, quali: temperatura corporea superiore o uguale a 40,5 °C non attribuibile a cause definite, stati di collasso o shock – episodi ipotonici o di iporesponsività –, pianto persistente ed inconsolabile per più di tre ore, convulsioni con o senza febbre entro tre giorni dalla somministrazione del vaccino, la decisione di somministrare dosi successive di vaccino, contenente la componente pertossica, deve essere attentamente valutata. Possono esserci particolari circostanze, come nel caso di un'alta incidenza di pertosse, in cui il potenziale beneficio dovuto alla vaccinazione supera il potenziale rischio correlato ad essa. Infanrix™, come tutti i prodotti iniettabili, deve essere somministrato con cautela nei soggetti affetti da trombocitopenia o da alterazioni della coagulazione, infatti in questi pazienti si possono manifestare delle emorragie correlate alla somministrazione per via intramuscolare del prodotto. **Use in gravidanza ed allattamento.** Non è prevista la somministrazione di Infanrix™ nelle donne in gravidanza ed in allattamento. **Interazioni con altri medicamenti ed interazioni di altro genere.** Infanrix™ può essere somministrato simultaneamente agli altri vaccini senza la necessità di far trascorrere un intervallo di tempo tra una vaccinazione e l'altra. Infanrix™ non deve essere miscelato con altri vaccini nella stessa siringa. In caso di somministrazione simultanea ad altri vaccini si devono utilizzare siti di iniezione differenti. La somministrazione di Infanrix™ a soggetti affetti da immunodeficienza o sottoposti a concomitante terapia con farmaci immunosoppressivi può causare una risposta immunologica non adeguata. **Posologia e modo di somministrazione.** Il ciclo primario di vaccinazione è composto da tre dosi:

- prima dose: a partire dal secondo mese di vita,
- seconda dose: dopo 4-8 settimane dalla prima,
- terza dose: entro il primo (1°) anno di vita.

Le dosi di richiamo sono previste intorno ai 18 mesi di vita e tra i 4 ed i 6 anni di età e possono essere somministrate anche a bambini precedentemente vaccinati con vaccini tripli antidifterite-tetano-pertosse, in cui la componente pertossica era a cellula intera. Una dose è composta da 0,5 ml di vaccino. Infanrix™ deve essere somministrato *solo per via intramuscolare*. Il vaccino deve essere agitato prima dell'uso ed ispezionato visivamente per verificare che non vi siano modifiche delle caratteristiche fisiche del prodotto. **Sovradosaggio (sintomi, procedure d'urgenza, antidoti).** Non sono noti casi di sovradosaggio. **Avvertenze speciali.** Il vaccino non deve mai essere somministrato per via endovenosa. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Il prodotto non è destinato a soggetti che guidano veicoli o che usano macchinari.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. Incompatibilità. Nessuna nota. **Periodo di validità.** La data di scadenza del vaccino è riportata nella confezione. Il vaccino deve essere conservato in confezione integra in frigorifero tra +2 °C e +8 °C. A tale temperatura il vaccino ha una validità di 24 mesi. Non usare il vaccino dopo la data di scadenza riportata nella confezione. **Precauzioni particolari per la conservazione.** Il vaccino deve essere trasportato e conservato in condizioni di refrigerazione. **Non deve essere congelato. Natura e capacità del contenitore.** Flacone o siringa preriempita in vetro neutro di tipo I. 10 siringhe preriempite da 1 dose di vaccino (0,5 ml). 1 flacone da 1 dose di vaccino (0,5 ml). 25 flaconi da 1 dose di vaccino (0,5 ml). 1 siringa preriempita da 1 dose di vaccino (0,5 ml). 25 siringhe preriempite da 1 dose di vaccino (0,5 ml). 10 flaconi da 1 dose di vaccino (0,5 ml) **Nome o ragione sociale, sede o domicilio fiscale dell'Azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio.** SB SmithKline Beecham Farmaceutici S.p.A. Via Zambelletti – Baranzate di Bollate (MI). **Numero di codice del Ministero della Sanità e data di prima commercializzazione.** Infanrix™ 1 flacone da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. Infanrix™ 1 siringa preriempita da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. Infanrix™ 10 flaconi da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. Infanrix™ 10 siringhe preriempite da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. Infanrix™ 25 flaconi da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. Infanrix™ 25 siringhe preriempite da 1 dose di vaccino (0,5 ml) codice n. del Ministero della Sanità. **Tabella di appartenenza secondo il DPR n. 309/90.** Non soggetto al DPR n. 309/90. **Regime di dispensazione al pubblico.** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

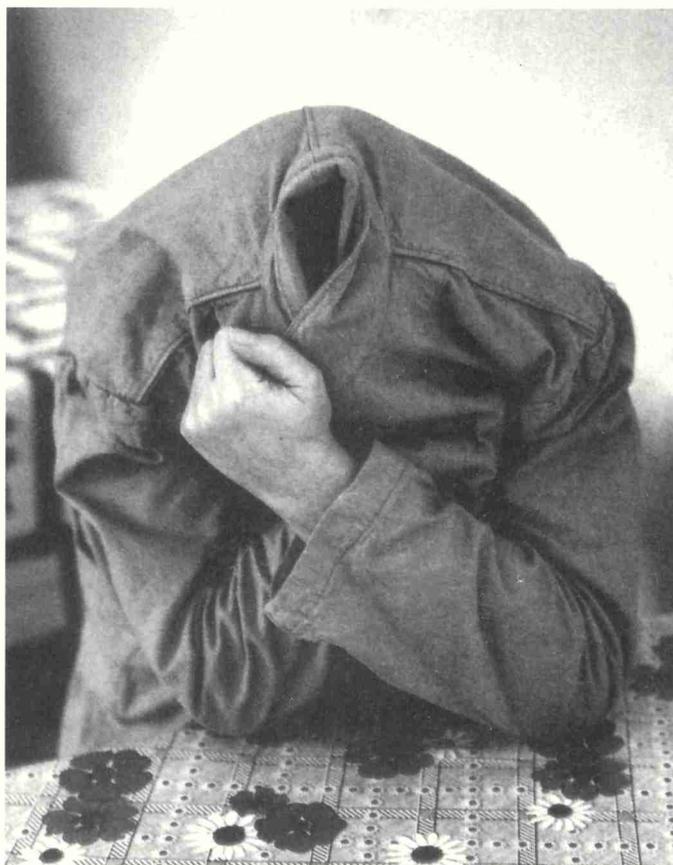


SmithKline Beecham S.p.A.

Adotta un pediatra

Istruzioni per non vedere più i "no" nell'etichetta di "Quaderni"...

Istruzioni per regalare "Quaderni" ad un amico ...



Una buona notizia! Nonostante le difficoltà della borsa, il calo della lira sui mercati internazionali e la diminuzione del suo potere d'acquisto, nel tentativo di non favorire un ulteriore aumento dell'inflazione, la quota di rinnovo alla Associazione Culturale Pediatri per il '96 è rimasta invariata (£ 50.000).

Anche le **modalità d'invio** sono le stesse:

- 1) versamento al c/c postale n.17010091 intestato alla A C P Sez. Sarda (il bollettino di c/c postale viene allegato a "Quaderni");
- 2) bonifico bancario al c/c 15621/9 - ABI 1015 - CAB 17201 intestato alla A C P presso il Banco di Sardegna Ag n.1 di Sassari;
- 3) assegno non trasferibile inviato al tesoriere: Franco Dessì via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR) mediante assicurata convenzionale.

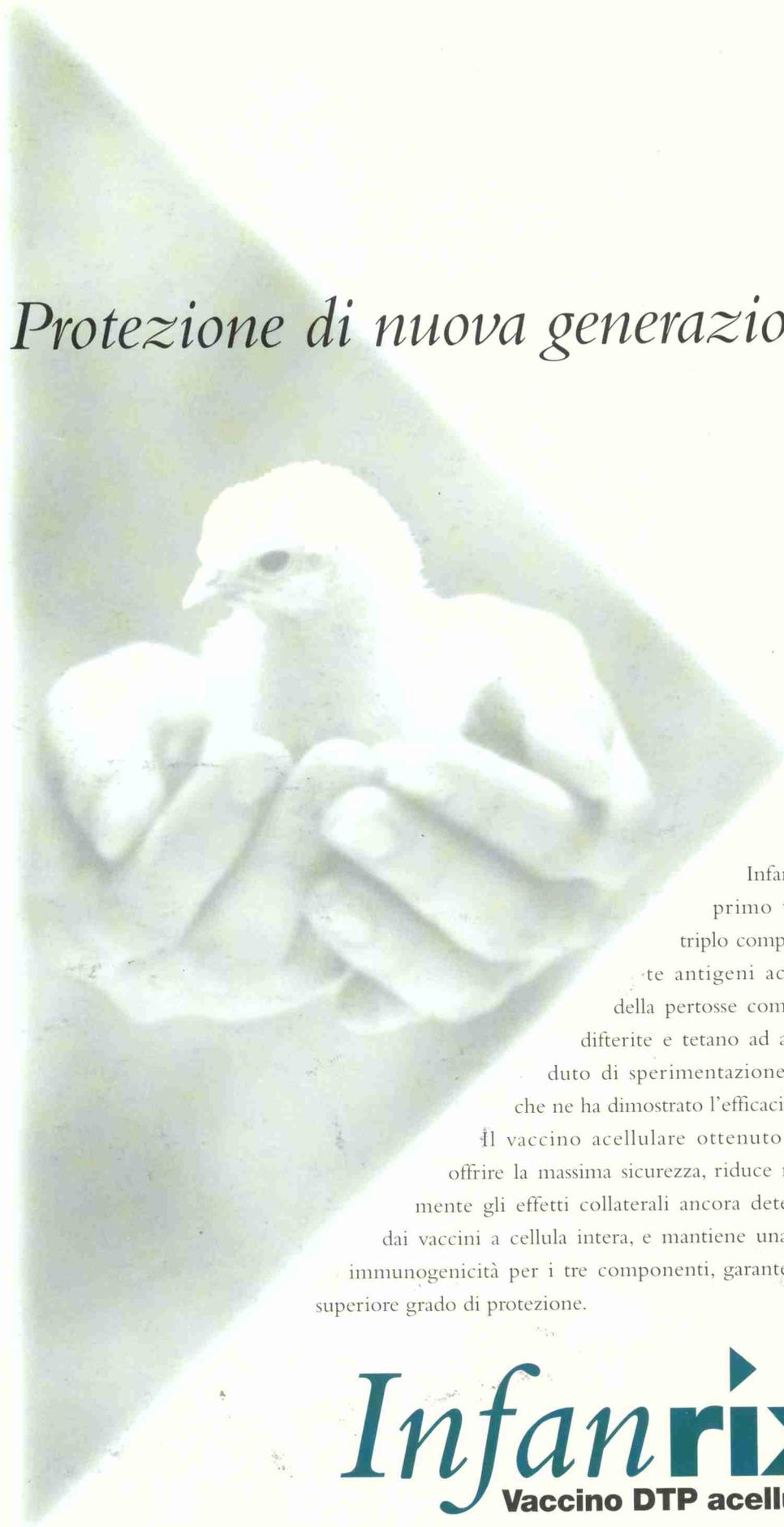
Versando la quota '96 all'ACP anche quest'anno avrete diritto a ricevere Quaderni

Qualora non abbiate gli spiccioli e vogliate regalare "Quaderni" a due amici, *solo* per il '96 è in atto la promozione:

"ADOTTA UN PEDIATRA"

Inviando £ 100.000, oltre all'iscrizione ACP, invieremo a vostro nome "Quaderni" a due persone che indicherete (ricordatevi di specificare il nome e l'indirizzo preciso di costoro.). Se viceversa tenete agli spiccioli potrete versare £ 80.000 ma farete contento solo un vostro amico. Questa promozione non ha certo motivi economici (i giornali prodotti in piccola tiratura non sono remunerativi) né vogliamo aumentare il numero degli iscritti (non abbiamo mai portato avanti nessuna iniziativa con questo scopo), ma è pur vero che molti colleghi che magari ci sono vicini nelle idee e nei sentimenti, non conoscono la nostra associazione; inoltre, peccando un poco di immodestia, siamo convinti che valga la pena di divulgare, anche oltre i confini della pediatria, i contenuti della nostra rivista.

Infanrix. Protezione di nuova generazione.



Infanrix è il primo vaccino triplo comprendente antigeni acellulari della pertosse combinati a difterite e tetano ad aver goduto di sperimentazione clinica che ne ha dimostrato l'efficacia.

Il vaccino acellulare ottenuto oltre a offrire la massima sicurezza, riduce notevolmente gli effetti collaterali ancora determinati dai vaccini a cellula intera, e mantiene una elevata immunogenicità per i tre componenti, garantendo un superiore grado di protezione.

SB
SmithKline Beecham S.p.A.

Infanrix
Vaccino DTP acellulare