

Aquaderni R

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



buono da mangiare?



Anno III n° 1 - gennaio febbraio 1996 - sped. abb. postale 50% Aut. Trib. Oristano 308/89

A profilo P

L'ACP è una libera associazione che raccoglie oggi 2.000 pediatri, raccolti in 25 gruppi locali. E' stata costituita a Milano il 5-9-1974 con atto del notaio Visentini. Attualmente, il presidente è il professor Giancarlo Biasini, Primario di Pediatria nell'Ospedale "Bufalini" di Cesena.

ATTIVITÀ EDITORIALE

Nel 1974, l'associazione ha fondato la "Rivista Italiana di Pediatria" che ha successivamente ceduto per una lira alla Società Italiana di Pediatria.

Nel 1981 ha iniziato la pubblicazione di "Novità in pediatria" che ha preceduto la pubblicazione di "Medico e Bambino"

L'ACP contribuisce dal 1982 alla pubblicazione di "Medico e Bambino", che è stato fondato presso la casa editrice Edifarm di Milano ed è tuttora curato da un gruppo di pediatri dell'ACP stessa. Sempre nel 1982, da un gruppo di pediatri dell'ACP è nata la rivista "Crescita", uscita per 3 anni presso la casa editrice Editiemme di Milano. Ha pubblicato dal 1990 il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili Didattici per il Pediatra Ambulatoriale". Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni ACP" che viene pubblicata dalla Editoriale Antiterra di Palermo.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Ogni anno si tengono convegni e corsi di formazione.

Nel 1994 tali manifestazioni si sono tenute in Lombardia, Emilia e Romagna, Umbria, Basilicata, Campania, Calabria. L'ACP ha in atto corsi di formazione per pediatri ospedalieri tendenti a formare in questi le competenze valutative. Il primo corso si è tenuto a Cesena nell'aprile 1995. Ha in programma una serie di convegni sul bambino a rischio sociale, il primo dei quali si è tenuto a Napoli nei giorni 26 e 27 maggio 1995. Tiene aggiornata una lista di *visiting professors* per una attività di consulenza di 1° e 2° livello. Garantisce un'attività di *visiting professor* presso la clinica pediatrica dell'Ospedale di Tirana.

RICERCA

E' attivo un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. L'ACP è in rapporto con la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale. Sono attualmente in corso ricerche su: situazione italiana dell'allattamento al seno; appropriatezza dei ricoveri ospedalieri; possibilità attuali di ridurre i costi nella terapia ambulatoriale. Nel 1987 ha pubblicato un progetto globale di assistenza al bambino, tuttora, di larga attualità. Nel 1993 ha pubblicato un'inchiesta nazionale sullo stato delle strutture assistenziali territoriali in ambito pediatrico. Nel 1994 ha pubblicato, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, un'inchiesta nazionale sull'assistenza ai bambini con malattia cronica, commissionata dalla regione Emilia Romagna.

quaderni ACP

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: Dante Baronciani, Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Salvo Fedele, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Lucio Piermarini, Paolo Siani,
c/o Salvo Fedele, Via Galileo Galilei, 99 - 90145 Palermo
Tel (091) 20.15.53 - Fax (091) 673.27.54 - E-mail:
sfedele@mbox.vol.it
Segreteria di redazione: Giuseppe Montedoro
P. R. : Ester Prina
Le illustrazioni di questo numero sono di Francesca Ghermandi, tratte da Telèma, rivista trimestrale della Fondazione Ugo Bordoni, anno I n° 3/95.
La foto di copertina è di Chris Steele Parkins/Magnum, 1981
Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta
Casa Editrice: Editoriale Antiterra s.n.c.
via Maqueda, 110 - 90134 (PA)
Stampa: Editoriale Antiterra s.n.c.
via Mogadiscio, 2/c - 90135 Palermo - Tel. 091/224847
Pubblicità: Comunicazione P.R. Viale Boezio, 4 - 20145 Milano - Tel. 02/33604500
Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89
Rivista bimestrale Anno III - n° 1 - Gennaio Febbraio 1996
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

- 5 Editoriale
Salvo Fedele
- 6 Congressi controllo
rubrica redazionale
- 9 Il modello Lombardo
Giancarlo Biasini
- 10 Uso appropriato dei ricoveri pediatrici
Franca Parizzi e coll.
- 12 La ricerca in pediatria ambulatoriale in Europa
Michele Gangemi
- 14 World - info
rubrica redazionale
- 16 Selezionano i migliori i concorsi universitari
Fabio Sereni
- 18 La nascita e i suoi differenziali socio-demografici
Le Statistiche correnti di Carlo Corchia
- 20 info
rubrica redazionale
- 22 Dipartimento "pesante", dipartimento leggero
una proposta dal Pedibas di Roma
- 24 Calcolo dei letti per la terapia intensiva
G. B.
- 25 I livelli uniformi (minimi?) di assistenza
Giancarlo Biasini
- 26 Libri
Le recensioni a cura di Nicola D'Andrea
- 27 Sidi, anni 7: carne da commercio
il racconto di Hindou Mint Ainina
- 28 Appuntamenti
- 30 Lettere
- 31 **AUSILI DIDATTICI**
- 32 Leggere & Fare
informazioni pratiche per persone pratiche
- 38 Il trapianto allogenico di cellule staminali da cordone ombelicale
L'aggiornamento avanzato di Franco Locatelli e coll.
- 41 Come presentare una comunicazione scientifica
Il saper fare di Antonella Brunelli
- 44 Occuparsi insieme del fibrocistico (II parte)
Il saper fare di A. Miano e coll.
- 46 Linee guida per la lettura di un radiogramma toracico
ABC in pratica di G. Mastella
- 48 Prevenzione delle convulsioni febbrili
informazioni per genitori e pazienti
- 50 Il programma di Formazione Continua ACP
istruzioni per l'uso
- 51 Adotta un pediatra
Istruzioni per regalare "Quaderni" ad un amico ...

Congresso ACP

Verona - Agricenter, 4 - 6 ottobre 1996

PROGRAMMA PRELIMINARE

Venerdì 4 ottobre

Mattino

Riragioniamo sulle Vaccinazioni

(F. Panizon)

Presentazione e discussioni di risoluzioni ACP ad opera del Gruppo di studio:

Gli Screening raccomandati e non

(Coordinatore: D. Baronciani)

Implicazioni delle biotecnologie nella medicina dell'età evolutiva

(G. Cabrini, A. Biondi)

Novità in Farmacologia

(N. Martini)

Pomeriggio

Le manifestazioni neurologiche parossistiche nell'infanzia

(B. Dalla Bernardina)

Quali gli interventi efficaci in neonatologia?

(Orzalesi)

Presentazione e discussioni di risoluzioni ACP ad opera del Gruppo di studio:

L'unità ospedaliera di Pediatria da qui al 2000

(Coordinatore: N. D'Andrea)

Sabato 5 ottobre

Mattino

La ricerca in Pediatria Ambulatoriale - Le situazioni americana ed europea a confronto

(T. Dewit, S. Del Torso)

Presentazione e discussioni di risoluzioni ACP ad opera del Gruppo di studio:

Metodi di valutazione in Pediatria di Comunità

(Coordinatore: Acerbi)

Una città possibile per i bambini

(Tonucci, Zevi)

Pomeriggio

Presentazione e discussioni di risoluzioni ACP ad opera del Gruppo di studio:

L'allattamento al seno: incentivarlo a fatti o a parole

(Coordinatore: S. Continibali)

Novità in Farmacologia

(L. Bozzini)

Assemblea Generale ACP con rinnovo parziale del Direttivo

Domenica 6 ottobre

Spazio dedicato alla ricerca in Pediatria Ambulatoriale

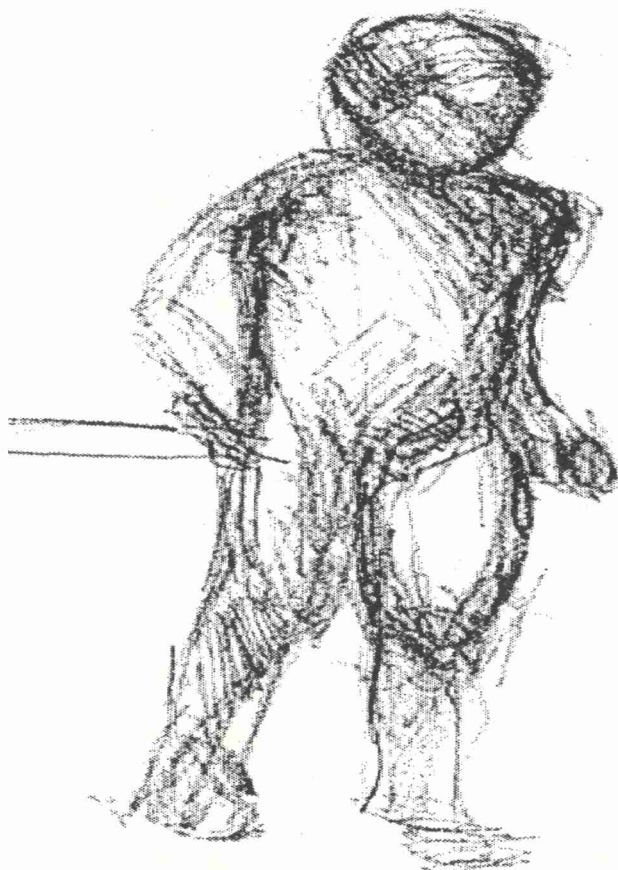
(Coordinatore: M. Gangemi)

Segreteria organizzativa: A.P.C.P. Verona

c/o Michele Gangemi

Via Carlo Ederle n°36 - 37126 VERONA

Tel. e Fax: 045/913988.



Buono da mangiare?

L'occhio del lupo

Per una piacevole coincidenza, ho letto recentemente e quasi contemporaneamente due libri: *L'occhio del Lupo* di Daniel Pennac (2) e *Buono da Mangiare* di Marvin Harris (1). Due libri, apparentemente senza nulla in comune; un bel racconto, l'uno, un'analisi antropologica degli enigmi del gusto e delle consuetudini alimentari tra la gente che popola la nostra Terra, l'altro. Eppure, sembrano esser stati scritti l'uno per l'altro. Una piacevole lettura per i nostri bambini è il libro di Pennac (autore della esilarante quadrilogia con le iperrealiste avventure di Malaussène), una bellissima lettura per i pediatri è quello di Harris.

I Pediatri crescono, come i bimbi, insieme ai loro miti ma, a differenza dei bambini, hanno difficoltà a liberarsene. Sono venuti su col mito dei *tabù culturali* da combattere (in tema di consigli dietetici) come i bambini crescono con quello del *lupo cattivo*. Per demolire quest'ultimo radicato mito che popola le fantasie dei nostri bambini (e le nostre?) Pennac ricorre a un espediente narrativo assai gradevole. Fiamma Nera (mamma lupo) addormenta i piccoli raccontando storie; in realtà sempre la stessa storia o, se volete, la stessa conclusione:

"(...) fino al giorno che l'uomo arrivò alla tana della nonna prima di Maldestro, (...) allora l'uomo uccise la nonna, le prese la pelliccia per farsi un mantello, le prese le orecchie per farsi un cappello e si fece una maschera con il suo muso".

"E allora?"

"Allora è ora di dormire, bambini." tagliava corto Fiamma Nera "Il seguito ve lo racconterò domani".

I piccoli protestavano, naturalmente, ma Fiamma Nera teneva duro. A poco a poco il respiro del sonno riempiva la tana. Era questo il momento che Lupo Azzurro aspettava per porre la sua domanda. Sempre la stessa:

"Fiamma Nera, è vera la tua storia?"

Fiamma Nera rifletteva un momento,

poi dava sempre la stessa strana risposta: "Più vera del contrario, a ogni modo".

Il mito dei tabù culturali, nocivi per l'umanità fino all'avvento della scienza, è analizzato invece da Harris con una straordinaria raccolta di dati; nel suo saggio, si sofferma in particolare sui tabù religiosi, ne analizza i vantaggi in termini evolutivisti.

Il mito della vacca sacra, per esempio, è ancora considerato dai più una sciocca superstizione religiosa; Harris ci spiega invece, in un capitolo affascinante, i vantaggi che la popolazione indiana trae da questo tabù e i danni irrimediabili che deriverebbero dall'eventuale venir meno di questa prescrizione religiosa in nome della scienza. Insomma, le scelte alimentari di un popolo si formano nei millenni, attraverso fenomeni complessi; nessuna ricerca "scientifica" di settore potrebbe cogliere questi vantaggi... eppure, anche il particolare può essere utile alla comprensione della complessità: il deficit di lattasi straordinariamente diffuso in tutto l'Oriente del mondo è inesistente in India (sopravvivere senza il latte sarebbe altrettanto difficile che far sopravvivere l'agricoltura indiana senza la vacca). Nel versante opposto, invece, la scienza ha prodotto (non pochi e forse irreparabili) danni, con le sue frettolose certezze, per esempio sull'appropriatezza dell'alimentazione artificiale per i lattanti e (solo adesso e in mezzo a mille incertezze) fa timidamente marcia indietro. Ricordo il disagio di dover *confessare*, in ambiente pediatrico, che mio figlio di sette mesi era ancora allattato al seno in maniera pressoché esclusiva: il ferro..., gli elementi traccia... (era uno splendore contro le certezze scientifiche); solo sul Journal of Pediatrics di poche settimane fa (3) la scoperta di essere nel giusto. Per non parlare di: "a un anno... il latte materno". C'è da rabbrivire al solo pensare quanta saggezza abbiamo contribuito a disperdere con le nostre sciocche credenze scientifi-

che.

Verrebbe da dire: tutta colpa del lupo cattivo: l'industria dei lattati, il profitto, le carriere con le pubblicazioni a peso. Certamente, anche colpa di tutto questo ma non solo di questo; l'industria alimentare ha sicuramente capito che, quantomeno in termini di investimento di immagine, deve rivedere qualcosa nella propria strategia. E qualche timido segnale di inversione di tendenza, in effetti, si comincia a intravedere. L'Università, invece e come sempre, con le sue certezze, continua a non veder nulla; si prepara a sfornare esperti di settore: "scienziati dell'enzima" quando c'è bisogno di "esperti della complessità". Basta dare un'occhiata al nuovo curriculum delle scuole di specialità in Pediatria: non una parola sulla etnomedicina; non un professore universitario in tutta Italia ha pensato di inserirla, quantomeno come materia di insegnamento (a insegnarla gli universitari non avrebbero difficoltà: insegnano di tutto *senza* saperne, ma... proprio non ne conoscevano l'esistenza). C'è da meravigliarsi, allora, se verremo sempre più invasi da omeopati di ogni tipo, non riuscendo a costruire una risposta culturale credibile ai dubbi legittimi sulla onnipotenza della scienza; se di fronte alle frettolose prescrizioni dietetiche che escono dai nostri camici, se alle nostre ignoranti certezze la gente preferirà i comodi sofà dei nuovi santoni? Perché non lasciar fare allora... perché Loro, i nuovi santoni, hanno ancora meno tradizioni di noi. Meglio rimboccarsi le maniche e, con umiltà, contribuire a costruire la pediatria del Duemila.

Salvo Fedele

(1) Marvin Harris: *Buono da mangiare* Einaudi Torino, 1990

(2) Daniel Pennac: *L'occhio del lupo* Salani Firenze, 1993

(3) A. Pisacane e coll.: *Iron status in breast fed infants* J.Pediat 1995;127:429

Iniziamo con questo numero una nuova rubrica, recensendo il contenuto dei molti congressi che affollano il mondo pediatrico italiano.

Le recensioni non saranno quelle che di solito leggiamo: bravo l'organizzatore, di alto livello le relazioni, grande e interessata la partecipazione del pubblico, al contrario, disinteressata, la partecipazione delle industrie farmaceutica e alimentare, eleganti le signore e intelligente lo spettacolo alla cena sociale. Cercheremo di capire, invece, cosa c'è stato di utile e di significativo nei congressi di cui parleremo. E sottolineeremo l'inutilità, se c'è stata, l'ovvietà se non è mancata. Sollecitiamo i nostri lettori a scriverci sui congressi cui hanno partecipato. Noi della redazione non siamo presenti a tutti. Altrimenti chi starebbe in ambulatorio o in ospedale visto che di congressi pediatrici in Italia ce ne sono, in media, due per ogni giorno lavorativo?

PUTIGNANO MAI PIU SOLI

Un piccolo convegno si è tenuto, il 14.12.1995, a Putignano, altrettanto piccolo comune vicino a Bari. Pediatri ospedalieri, di base e di comunità, si sono riuniti su invito di Saverio Chiarappa, aiuto ospedaliero.

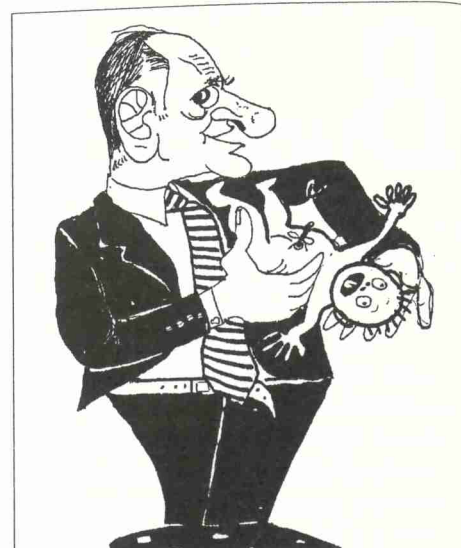
Il tema: **riflettere attorno al modo di lavorare**: ognuno da solo, spesso senza comunicazione, quasi sempre senza un progetto collettivo.

Tutti hanno convenuto che occorre istituire collegamenti fra quanti fanno lo stesso mestiere e hanno convenuto di lavorare insieme attorno a due progetti: incrementare l'allattamento al seno e ottimizzare la copertura vaccinale facoltativa. Per ciascuno dei due argomenti sono stati nominati dei responsabili di progetto.

All'ACP, che era presente con Biasini e D'Andrea, i pediatri di Putignano hanno dato appuntamento fra un anno per vedere che cosa sono stati capaci di fare per uscire dall'isolamento.

Auguri.

Chi volesse aderire ai progetti può chiamare Chiarappa: 080 - 895 08 48.



Al Congresso di Bologna della SIP

Il prof. G. Cavazzuti ha dimostrato manualmente, e con grande perizia, come si ottiene il controllo delle convulsioni del neonato.

MILANO AL "NEGRI" LE VACCINAZIONI

Il 5.12.1995 si è tenuto al "Negri" di Milano un convegno con lo scopo di studiare politiche per promuovere una ottimizzazione del livello dei vaccinati, specialmente per le vaccinazioni facoltative. Partecipavano dirigenti dell'Istituto superiore e del Ministero della Sanità, professori universitari di Pediatria e di Igiene, Garattini e Bonati del "Negri" e Biasini per l'ACP.

La situazione emersa può essere, allo stato, così riassunta:

persiste, qualitativamente, una certa confusione relativamente alle strutture organizzative addette alle vaccinazioni, messa in evidenza nell'indagine nazionale dell'ACP e pubblicata sul numero 92 di "Prospettive in Pediatria".

Dal punto di vista quantitativo, una indagine del "Negri" (1994) dimostra un numero maggiore di strutture vaccinali in carico all'Igiene pubblica, lo stesso numero dell'indagine 1990 in carico ai Servizi materno-infantili; sebbene ridotta, la quota di strutture "spurie", cioè affidate a entità non ...affidabili, rimane consistentemente alta: attorno al 20%.

Controluce

BOLOGNA LE CONCLUSIONI? MEGLIO ALLA FINE

Su "Medico e Bambino" di ottobre abbiamo letto un articolo di Franco Panizon sul congresso della SIP tenuto a Bologna nel settembre 1995. Poiché l'articolo presenta le **conclusioni** all'inizio ("un giudizio largamente positivo") e il **commento** nel corpo del pezzo noi, critici impenitenti,

abbiamo letto l'**editoriale** a rovescio: da pagina 9 a pagina 7: dalla coda, insomma. Dal corpo dell'articolo, abbiamo così saputo che il dibattito non c'è stato, la cultura è stata unidirezionale (dal palco alla platea, somministrata e non prodotta) che la seduta amministrativa è stata stanca, che gli argomenti organizzativi sono stati deboli: un eccesso di consenso, in conclusione.

Dunque, partendo dalla coda, non abbiamo più inteso l'entusiasmo dell'inizio-conclusione (questo sì che è l'ossimoro).

Buonismo in pediatria?

È molto soddisfacente la copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie.

È aumentato il numero dei bambini coperti da vaccinazioni facoltative. Nelle varie regioni esistono però *range* di copertura significativamente diversi, a testimonianza di un dato sottolineato dall'indagine ACP: non esiste una politica né regionale né di USL per le vaccinazioni. Si passa così, per la pertosse, dalla copertura lombarda (3 dosi) del 71%, a una copertura molisana del 7.5%. Per il morbillo si va da una copertura toscana del 44.4% a una napoletana dell'8.6%.

Nelle regioni e nelle USL, insomma, ognuno fa quel che gli gira per la *capa* in quel momento. Per la rosolia tale atteggiamento è non solo colpevole ma pericoloso.

Circa il coinvolgimento dei pediatri, ospedalieri e di base nella politica vaccinale da parte dei servizi vaccinali, Biasini ha presentato dei dati che dimostrano come questo accada in una parte trascurabilissima delle USL, quando i servizi vaccinali sono gestiti dall'Igiene pubblica.

Altri dati dimostrano come i pediatri a rapporto di dipendenza o convenzionale con le USL non siano utilizzati per inter-

venti vaccinali, o comunque di comunità, ma usati, scelleratamente, per interventi di tipo clinico. Cioè per pestare i piedi ai pediatri di libera scelta.

La formazione universitaria prelaurea e postlaurea trascura questi argomenti, specialmente sul lato delle strategie vaccinali.

In conclusione, dal convegno è emerso che - tranne che per qualche eccezione - il ruolo riservato al pediatra in tale ambito è minimo. È però ovvio - e i convegnisti ne hanno preso (speriamo) atto - che, senza l'intervento del pediatra di base e di quello ospedaliero (che in altri paesi si è dimostrato molto utile nel recupero degli undervaccinated), è molto difficile passare dalle parole dei convegni ai fatti. La circolare del ministro della Sanità, del 6.6.1995 N 13, che stimola le regioni ad attuare le norme del PSN in merito alle vaccinazioni facoltative senza la collaborazione dei pediatri, è destinata a rimanere un profondo buco nell'acqua. È bene che il ministro e l'Istituto Superiore di Sanità se ne rendano conto.

Speriamo che l'impatto pratico del "Negri", stavolta, abbia successo. Lo terremo d'occhio.

T R I E S T E CONFRONTI IN PEDIATRIA

Gli oltre 1000 pediatri (forse un pò troppi per utilizzare a pieno le nozioni) che nel dicembre scorso hanno affollato le due sale della Stazione Marittima di Trieste, per i consueti confronti in Pediatria, hanno in pratica partecipato in diretta alla stesura del nuovo libro dei protocolli che uscirà tra circa un anno.

Non è facile dare conto in poche righe di tutte le novità, ne segnaliamo soltanto alcune, forse le più banali, sicuramente quelle che è più semplice sintetizzare (per le altre e per i protocolli completi dovremo comprare il libro):

1) Molto ridimensionata l'utilità delle diete di eliminazione nella dermatite atopica. Va ugualmente bene la terapia topica (un cortisonico, creme idratanti, antibiotici), l'esposizione al sole, almeno per gli eczemi lievi. L'eczema comunque guarirà. Discorso a parte merita l'eczema grave, del bambino grande o l'eczema cronico. Ma di questo leggeremo nel libro.

2) Nell'infezione delle vie urinarie, l'urinocoltura sbaglia la metà delle diagnosi. Vanno meglio l'esame microscopico diretto o gli stix per leucociti e nitriti.

3) La terapia del croup: adrenalina per aerosol - 0,1 mg/kg/dose (riduce la difficoltà respiratoria); l'effetto terapeutico ha una durata molto breve. Si può aggiungere la budesonide (che però non è ancora in commercio in Italia) o il beclometasone dipropionato (che ha quasi le stesse caratteristiche) 2 flaconcini insieme subito e ha una durata d'azione più lunga.

4) La terapia della bronchiolite: adrenalina per aerosol al dosaggio di 0,25 mg/Kg (1 fiala ogni 4 Kg di peso) all'inizio ogni 2 ore o poi ogni 3 - 4 - 6 - 8 ore.

Se non c'è miglioramento, adrenalina in muscolo al dosaggio di 0,01 mg/kg.

I beta2 stimolanti per aerosol solo in circa la metà dei casi funzionano.

5) Diagnosi di celiachia: il dosaggio degli EMA (anticorpi antiendomisio) è il test più sensibile e specifico per lo screening della malattia celiaca, sia nei soggetti sintomatici che in quelli pauci o asintomatici. Rimandare l'introduzione del glutine o limitarne l'assunzione nel II semestre di vita, molto probabilmente, fa ritardare la diagnosi. Per cui è meglio dare il glutine presto e in grandi quantità.



Al Congresso di Bologna della SIP

La tavola rotonda su "magrezza ed obesità" è stata presieduta dalla prof. Francesca Severi ed è stata moderata dal prof. Luciano Tatò

Il modello lombardo

di Giancarlo Biasini

Se trattiamo del progetto di legge (PDL) sulla organizzazione sanitaria della Regione Lombardia lo facciamo per più motivi: innanzitutto perché la Lombardia, con il Veneto e l'Emilia-Romagna, è sempre stata una regione leader nel campo della organizzazione sanitaria; in secondo luogo perché l'autorità che la Lombardia attribuisce al progetto le farà trovare certamente dei seguaci nelle altre regioni.

La prima contagiata, se le cronache sono veritiere, sembra essere stata una convention tenuta a Bologna da un gruppo di tecnici dell'Ulivo con la partecipazione del ministro Guzzanti.

Un altro motivo per cui ce ne occupiamo sta nel fatto che il PDL fa una chiara affermazione: dice in sostanza che, per garantire risposte adeguate ai reali bisogni dei cittadini, occorre "portare alle estreme conseguenze le linee in qualche parte sottaciute o non compiutamente espresse della legislazione e del PSN 1994-96".

Finora si era sentito dire da ministri, assessori e direttori generali, che la correzione della riforma era dovuta a motivi imprescindibilmente economici; non si era ancora sentita una così esplicita accettazione-esaltazione dei criteri alla base della "riforma della riforma" che ha portato all'accantonamento di fatto della legge 833/1979.

Questa chiarezza torna ad onore della Regione Lombardia e attribuisce, del pari, alla giunta lombarda tutta la responsabilità della non equivoca affermazione che oggi, anche "in presenza di risorse limitate", si possono comunque garantire risposte adeguate alle richieste dei cittadini "soprattutto delle componenti più fragili".

È proprio quello che altri assessori alla Sanità negano. Si vedrà chi ha visto meglio.

I punti su cui il PDL lombardo si basa sono soprattutto cinque:

1. La separazione completa di derivazione tatcheriana (ecco l'**estrema conseguenza**) fra chi "produce" e chi "compra" le prestazioni. Pur non avendo mai fatto parte della schiera dei timorosi della "managerialità"; in medicina, usiamo questi due termini commerciali con una intrinseca difficoltà, perché concordiamo con la Bottomley, segretaria del Servizio sanitario inglese governato dai conservatori, che nel giugno scorso ha scritto: "il SSN non è un business; il suo interesse è umano non finanziario".

2. La separazione completa fra assistenza sanitaria (Aziende USL e Ospedaliere) e sociale (Comuni).

3. La separazione completa fra ospedale e territorio che interessa specialmente la pediatria perché interagisce nel collegamento fra pediatri di base, pediatri dei servizi territoriali e ospedale, ma anche l'assistenza alla maternità perché, specie in Lombardia, gli operatori sanitari dei consultori dipendono assai spesso dagli ospedali, ma operano nei consultori territoriali.

Questa separazione ha, indubbiamente, una sua intrinseca forza in quanto essa è fortemente desiderata dai medici ospedalieri o, per lo meno, dai più forti fra di essi: quelli che volevano essere scorporati e non lo sono stati.

4. La posizione di assoluta parità (a questo momento, però, solo nella specificazione dei diritti) fra ospedalità pubblica e privata.

5. La assoluta fiducia nel mercato in assistenza sanitaria.

LA SEPARAZIONE COMPLETA FRA CHI PRODUCE E CHI COMPRA.

Per attuare questa separazione, il PDL istituisce una Azienda ospedaliera (AO) in ogni provincia.

Essa è costituita da *tutti* gli ospedali della provincia (altra **estrema conseguenza** se si pensa che nella provincia di Milano ci sono 38 ospedali). È noto, invece, che nelle altre regioni il criterio della istituzione delle AO è sempre derivato dalla presenza, nell'ospedale da scorporare, di superspecialità e/o di insegnamento.

In Lombardia sparisce, quindi, l'ospedale di USL.

L'AO è la *produttrice* di prestazioni che sono di ricovero o riabilitative, ambulatoriali o strumentali: perché ciò sia reso possibile alla AO sono trasferiti tutti gli ambulatori, tutti i laboratori, tutte le radiologie tutte le riabilitazioni, *comprese quelle infantili* che perdono la loro autonomia e finiscono, in mano ai primari ospedalieri di fisioterapia dell'adulto che l'hanno a lungo desiderato, anche se sono più abituati alle sciatiche che alle paralisi cerebrali infantili.

Il PDL istituisce poi una Azienda USL, anche essa unica in ogni provincia. Questa incassa le quote capitarie dallo Stato e ha due funzioni:

1. comprare le prestazioni dall'AO o dalle case di cura, valutando il costo; della qualità si parlerà quando vi saranno criteri di valutazione che ora mancano (e che, a modesto parere di chi scrive, non ci saranno mai e non solo in Lombardia). Nessuno può nascondersi che si tratta di un punto essenziale;

2. Produrre i livelli di assistenza di base:

prevenzione, medicina di base, assistenza semiresidenziale e residenziale.

MODELLO INNOVATIVO?

Il primo problema: per l'Italia, questo modello è fortemente innovativo? Non è che tutto debba essere sempre ed obbligatoriamente nuovo, ma riflettere sulle cose e non accettarle come vere è, secondo noi, una ginnastica mentale abbastanza utile. Sulla realtà del modello innovativo possono essere sollevati molti dubbi.

Esso recupera, in realtà (come tutta l'ispirazione tatcheriana), il modello mutualistico.

Come spesso succede le *estreme conseguenze* tendono a far tornare il passato.

Le mutue contrattavano, attraverso i loro canali istituzionali, le rette di degenza e le tariffe per le prestazioni che *compravano* dalla ospedalità pubblica e privata, mettendole in concorrenza l'una con l'altra e indirizzando, più o meno cautamente, i pazienti verso il luogo meno caro, ma non sempre migliore.

Controllavano, poi, l'adeguatezza monetaria di quanto avevano *comprato* attraverso i medici funzionari che contrattavano la durata della degenza.

Le mutue *compravano*, poi, anche l'assistenza dei medici di base con il sistema della quota capitaria e controllavano, con il sistema dei *parametri* (una specie di tetto alla spesa), la spesa farmaceutica.

Le mutue erano quindi dei regolatori del mercato. Il SSN aveva rinunciato a questa funzione.

Oggi l'ipotesi del PDL lombardo è che l'A. USL si ponga come *regolatore del mercato* e quindi promuova la riduzione dei costi.

Il PDL fa, cioè, come vedremo in seguito, un atto di grande fiducia nel mercato; questo è però garantito, solo, dalla managerialità del Direttore Generale.

LE FASCE PIU FRAGILI E L'AREA DELLE CURE PRIMARIE

Non si vorrebbe peccare di pessimismo ma sembra difficile che questo ritorno a meccanismi già sperimentati possa produrre, come pensa il PDL lombardo, "*una modificazione del sistema che porti a garantire le fasce più fragili*"; la 833 nasce proprio perché queste non erano garantite.

È difficile pensarlo anche perché questo stesso sistema, garantito dal mercato, è in funzione negli USA dove gli agenti *com-*

pratori sono i privati (le assicurazioni) e il pubblico (il medicare e il medicaid); i risultati americani sono una spesa più alta (14%) della nostra (8.5%) rispetto al PIL, il 22% dei cittadini scoperto o coperto insufficientemente dalle assicurazioni, e indici di salute molto più bassi dei nostri.

Come sembra difficile pensare che la separazione definitiva del medico di base (che opera nella A. USL) dalle unità operative ospedaliere possa garantire "*una maggiore attenzione e una esaltazione dei compiti del medico di base*".

E altrettanto difficile pensare che la sottrazione dei compiti di assistenza sociale alle USL possa essere vissuta affermando che "*la chiarezza delle competenze meglio realizza la integrazione dei servizi*".

In realtà, tutto porta a pensare che sia l'una che l'altra decisione impoveriscano e frammentino l'area delle cure primarie, in cui, secondo l'OMS, dovrebbe essere risolto l'80% dei problemi di salute.

Tanto più che, secondo tutti gli esperti, la carenza maggiore dal punto di vista tecnico (e non politico) della 833 era proprio il non avere istituito (ma avere solo suggerito) strumenti di integrazione fra le strutture territoriali e quelle di ricovero. Il PDL lombardo sembra andare proprio nella direzione contraria a quella che si doveva percorrere per *esaltare i compiti del medico di base*. Impoverisce e frammenta poi (e ciò ci interessa in modo particolare) specialmente l'area dell'assistenza ai bambini perché impedisce la realizzazione del Dipartimento materno infantile che era una delle novità dell'appena approvato Piano Sanitario Regionale; ne impedisce la realizzazione perché separa i pediatri di base dalle divisioni pediatriche, le

iniziative riabilitatorie dell'handicap e della malattia cronica (le fasce più fragili) dal suo naturale terreno che è quello dell'area delle cure primarie, e dal suo naturale contesto che è quello dell'assistenza sociale.

LA STRUTTURA

Il PDL lombardo ci sembra, poi, carente specialmente per ciò che riguarda strutture e criteri di funzionamento dei servizi. Tutto sembra affidato, ancora una volta, alla capacità manageriale del direttore generale.

Questo consente alla giunta di essere poco consistente sul piano delle garanzie di qualità e di validità assistenziali, cioè sul piano dell'efficacia. Ci impensierisce non poco questo privilegio, anche se non scritto, della efficienza sulla efficacia.

Il richiamo a *modelli europei* in tal campo, che viene fatto nel progetto, pare assolutamente inconsistente e puramente declamatorio.

È, poi, sorprendente che, in una regione come la Lombardia, il PDL dichiari di *non prevedere alcuna forma di governo del settore Sanità da parte della Regione*, come è sorprendente che l'articolo 13 non dica praticamente nulla sull'organizzazione interna delle Aziende.

A chi è affidato allora il governo della Sanità e la credibilità delle articolazioni strutturali delle Aziende?

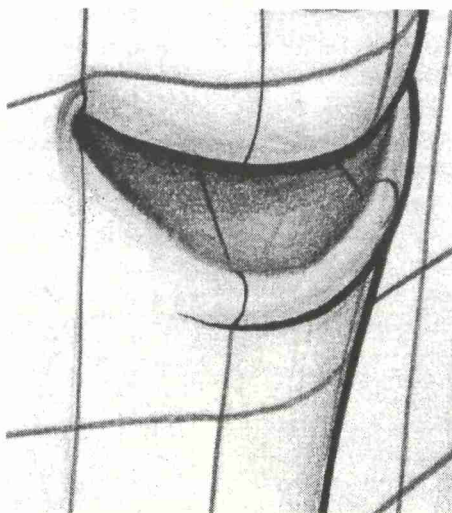
Sembra tutto affidato, ancora una volta, al *miracolo a Milano* della managerialità del direttore.

Viene il dubbio che questi possa gestire la Sanità come il direttore dell'Azienda gas dirige le AMGA.

Ma se può darsi per accettata (non abbiamo competenze!) una ininfluenza delle articolazioni organizzative sulla fornitura del gas, meno provata, anzi sicuramente disprovata, è la mancanza di rapporti fra struttura ed esito in Sanità.

Ci sembra assai probabile che questa mancanza di controlli sulle strutture rientri in una adesione totale al modello culturale attualmente in auge in Italia, di una massima libertà imprenditoriale che, nel caso dell'azienda USL o dell'azienda ospedale, è libertà del direttore generale o quanto meno della direzione strategica.

Questa forma di libertà dell'imprenditore rischia, nell'attuale clima culturale, di trasformarsi da uno strumento d'intervento in un fine, in un valore in sé. Questo sarebbe esiziale proprio per le fasce deboli.





USO APPROPRIATO DEI RICOVERI PEDIATRICI:

UNO STUDIO POLICENTRICO IN 13 PEDIATRIE ITALIANE

Parizzi F. (1), Bonora G. (2), Grazioli R. (1), Manganini C. (1), Masera G. (1), Adamoli P. (2), Bernardini E. (2), Cirillo A. (3), Temporin G. (3), Auricchio A. (4), Greco L. (4), Zoratto E. (5), Nangeroni M. (5), Banchini G. (6), Boschi G. (6), Romondia A. (7), Rascio N. (7), Pelliccia P. (8), Morgese G. (8), Paolucci P. (9), Baruzzi M. (9), Fracassini F. (10), Solforati M. (10), Pavesio D. (11), Pagliero R. (11), Perissi G. (12), Basili G. (12), Cutrupi D. (13), Panceri R. (13), Cerasoli G. (14).

- (1) Clinica Pediatrica dell'Università di Milano - Istituto di Scienze Biomediche "S. Gerardo" - Monza
- (2) Divisione Pediatria - Ospedale Civile di Sondrio
- (3) Divisione Pediatria - Ospedale di Rovigo
- (4) Dipartimento Assistenziale di Pediatria - Università degli Studi di Napoli "Federico II"
- (5) Divisione Pediatria - Ospedale Civile di Pinerolo (TO)
- (6) Divisione Pediatria - Arcispedale "S. Maria Nuova" Reggio Emilia
- (7) Divisione Pediatria - Ospedale Generale di Foggia
- (8) Clinica Pediatrica dell'Università "G. D'Annunzio" Chieti
- (9) Divisione Pediatria - Ospedale di Lugo (RA)
- (10) Divisione Pediatria - Ospedale "S. Salvatore" - Pesaro
- (11) Ospedale Infantile "Regina Margherita" - Torino
- (12) Divisione Pediatria - Ospedale di Senigallia (AN)
- (13) Divisione Pediatria - Ospedale di Giussano (MI)
- (14) Divisione Pediatria - Patologia Neonatale - Ospedale "M. Bufalini" - Cesena

L'uso appropriato dei ricoveri ospedalieri ha ovvie implicazioni di ordine economico (l'assistenza ospedaliera è responsabile di oltre il 50% della spesa sanitaria globale) ma, soprattutto in pediatria, ha non meno rilevanti implicazioni di ordine etico, tenuto presente il danno psico-affettivo che inevitabilmente deriva al bambino dall'esperienza in ospedale.

Nonostante la degenza media nei reparti di Pediatria sia drasticamente diminuita dai circa 15 giorni dei primi anni '70 ai circa 3-5 giorni di oggi, abbiamo ritenuto opportuno valutare se effettivamente tutti i bambini che vengono ricoverati in ospedale abbiano una reale necessità di ricovero e se tutte le giornate della degenza siano realmente necessarie. Un altro aspetto importante è individuare i motivi di ricovero o degenza impropri, al fine di mettere in atto interventi migliorativi adeguati.

Lo studio ha esaminato 1296 ricoveri (esclusi i neonati < 30 giorni) e 4434 giornate di degenza in 13 reparti Pediatrici italiani, nel periodo 1-31 gennaio 1995. Il 52,5% dei bambini ricoverati aveva un'età < 3 anni (il 25,5% < 12 m).

Lo strumento di rilevazione utilizzato è stato il PAEP (Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol), versione modificata dell'AEP dell'adulto (elaborato nel 1981 da Gertman e Restuccia della Boston University) (1) per adeguarlo ai ricoveri

pediatrici (3,4,5).

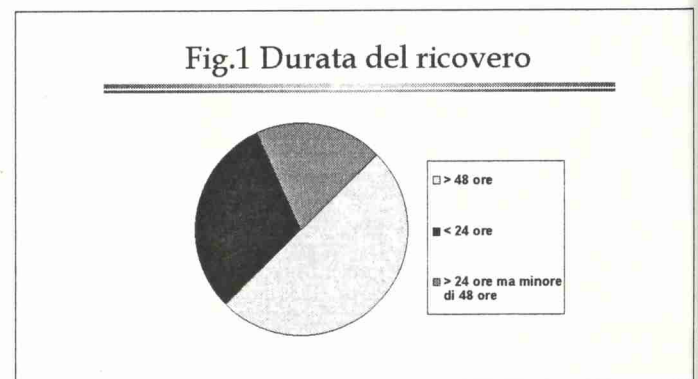
I vantaggi di tale protocollo sono fondamentalmente: a) di essere uno strumento "diagnosi-indipendente"; b) di prevedere (sia per l'ammissione che per la giornata di degenza) una serie di criteri di appropriatezza raggruppati in tre categorie, cioè le condizioni cliniche del paziente (segni o sintomi) tali da richiedere stretta sorveglianza, la necessità di prestazioni mediche e la necessità di prestazioni infermieristiche o di supporto vitale; c) di prevedere anche una serie di ragioni di ricovero o di degenza inappropriate che sono da imputare essenzialmente a quattro ordini di motivazioni: carenze organizzative dell'ospedale, carenze dei servizi territoriali, scarsa interazione tra ospedale e strutture sanitarie territoriali, motivi socio-familiari.

Il PAEP è stato lo strumento più diffusamente utilizzato in vari Paesi per la valutazione dei ricoveri pediatrici, pur presentando alcuni limiti legati alla sua origine negli USA, dove il controllo di qualità in campo sanitario è legato a parametri di efficienza stabiliti da leggi di mercato.

Risultati

La degenza media globale è risultata di 3,4 giorni, con una variabilità tra i vari Centri da 1,8 a 6,2 giorni.

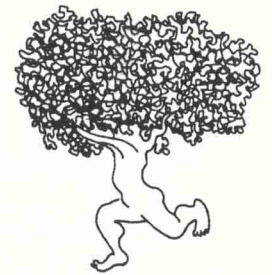
Il 50% dei bambini ricoverati veniva dimesso entro le 48 ore



dal ricovero (30,5% entro le 24 ore) (fig.1).

Questo dato evidenzia come spesso in pediatria un ricovero molto breve sia sufficiente a inquadrare ed eventualmente risolvere un problema acuto.

Il nuovo sistema di finanziamento degli Ospedali mediante il DRGs penalizza tuttavia questi ricoveri (per i quali è prevista una tariffa di ricovero monogiornaliero, molto inferiore rispetto a quella del ricovero "ordinario"), spesso ad alto costo per intensità diagnostica e assistenziale. Le ammissioni sono risultate globalmente appropriate nell'84,5% dei casi, con una variabilità tra i vari Centri dal 68,5% al 95,5% il ricovero appropriato era motivato prevalentemente (60%) dalle condizioni cliniche e, in misura minore, dalla necessità di prestazioni assistenziali (40%), mediche o infermieristiche. Le condizioni



cliniche più frequenti sono risultate:

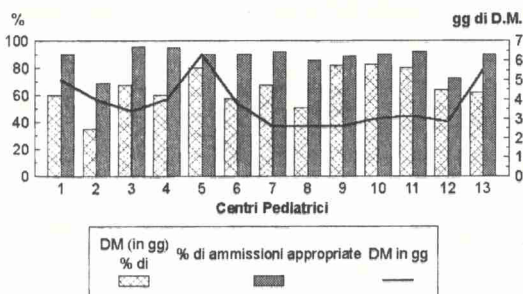
- problemi gastroenterici (vomito/diarrea) 29%
- febbre (>38°C nei bambini <12 mesi, da almeno 3 giorni nei bambini > 12 mesi) 27%
- problemi respiratori 18%
- convulsioni 12%
- trauma cranico 7%
- sospetto avvelenamento/intossicazione acuta 5%
- problemi ematologici 2%.

Le ammissioni inappropriate erano dovute prevalentemente all'esecuzione di esami diagnostici (43%), che richiederebbero tempi di attesa troppo lunghi in regime ambulatoriale. La seconda motivazione di ricovero inappropriato (35%) è rappresentata dall'esistenza di una situazione clinica "complessivamente critica, non acuta ma clinicamente instabile", per la quale la decisione di ricovero è legata verosimilmente a diversi ordini di fattori, quali una non ottimale interazione con i Pediatri curanti e il rischio medico-legale del Pediatra ospedaliero. I motivi socio-familiari sono invece responsabili di una quota esigua (7%) di ricoveri inappropriati.

Se globalmente le ammissioni sono risultate appropriate in una percentuale soddisfacente (84,5%), non altrettanto soddisfacenti sono risultate le quote di appropriatezza delle giornate di degenza: 63%, con una variabilità tra i vari Centri dal 34 all'83%.

Se volessimo valutare l'efficienza dei 13 Centri Pediatrici partecipanti allo studio, nei termini di un uso appropriato delle ammissioni e delle giornate di degenza, troveremmo come non sempre a un'elevata appropriatezza delle ammissioni (>90%) corrisponda un'elevata appropriatezza delle giornate di degenza (attorno o oltre l'80%). Solo 4 centri risulterebbero "efficienti" (al pari di altri Centri stranieri nei quali è stato utilizzato il PAEP) (fig. 2).

Fig 2: Indici di efficienza



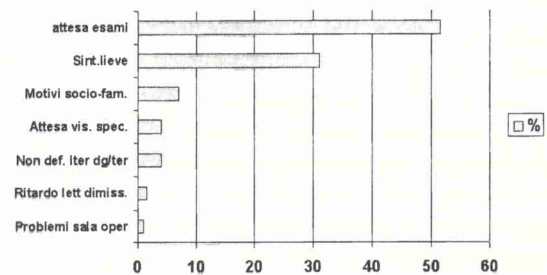
Analizzando le motivazioni di degenza inappropriata (fig. 3), si osserva come siano nettamente prevalenti quelle ascrivibili a difetti organizzativi della struttura ospedaliera.

Difatti, le giornate di degenza inappropriato sono dovute, in oltre la metà dei casi (51,5%), all'attesa dell'esecuzione o dell'esito di esami diagnostici.

Il 31% delle giornate di degenza inappropriato è legato alla

persistenza di una sintomatologia "lieve che, tuttavia, giustifica per il medico il prolungamento del ricovero". Nel determinare queste degenze inappropriate, entrano verosimilmente in causa più fattori, quali problemi di carattere medico-legali, ma indubbiamente anche di interazione tra i

Fig. 3 Criteri di inappropriatezza delle giornate di degenza



pediatri ospedalieri e i pediatri del territorio. Un interessante studio a questo proposito, condotto nel 1986 presso il "John Radcliffe Hospital" di Oxford utilizzando uno strumento di rilevazione dell'appropriatezza dei ricoveri simile all'AEP (il BSI: Bed Study Instrument) (2), ha evidenziato come solo un medico curante su quattro fosse stato informato della dimissione dall'ospedale del proprio paziente e come solo uno su dieci avesse concordato la dimissione con i pediatri dell'ospedale, sì da realizzare la cosiddetta "dimissione protetta", che rappresenta certamente un passo significativo per un miglioramento sia nell'assistenza pediatrica sia nell'uso delle risorse ospedaliere.

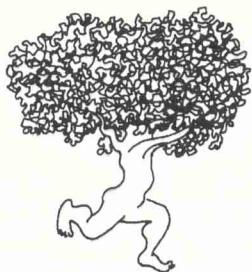
I motivi socio-familiari sono responsabili di una quota esigua di degenze inappropriate (7%), per altro identica a quella registrata per le ammissioni inappropriate.

Conclusioni

Le ammissioni nelle Divisioni Pediatriche sono risultate sufficientemente appropriate. Assai meno soddisfacente è risultato, tuttavia, il livello di appropriatezza delle giornate di degenza, dovuto prevalentemente a un ritardo della dimissione per:

- deficit di efficienza della struttura ospedaliera;
- deficit di collaborazione tra pediatria ospedaliera e pediatria di libera scelta (ritardata dimissione per la persistenza di "sintomatologia lieve").

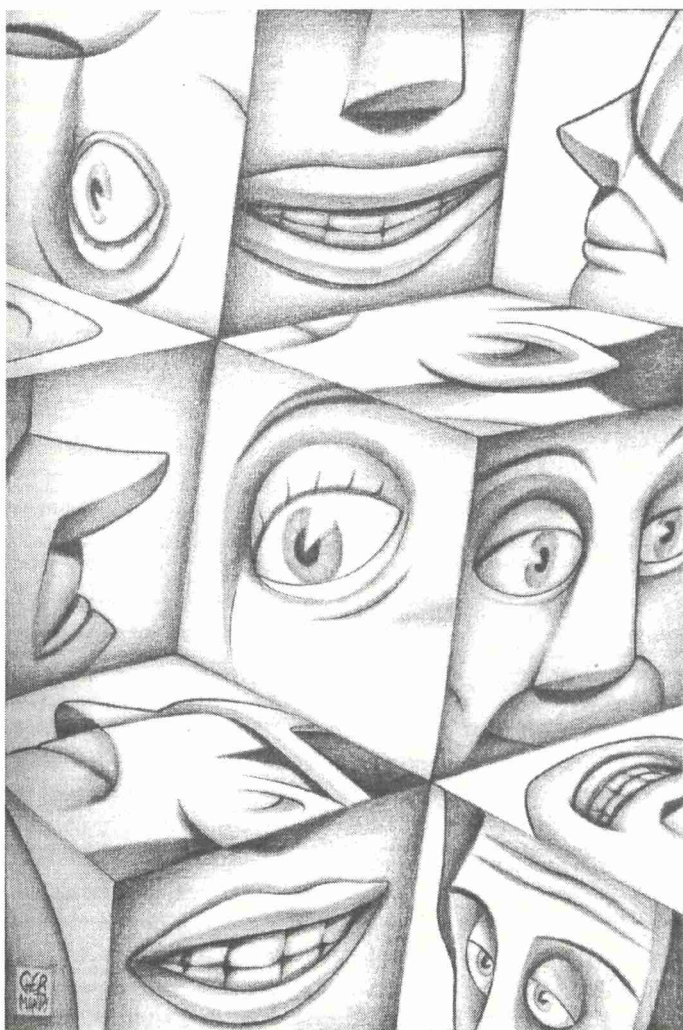
Per il primo punto, gli interventi correttivi dipendono dalle Amministrazioni delle Aziende Ospedaliere, mentre per il secondo (responsabile di circa 1/3 giornate di degenza non necessarie) una maggior collaborazione tra pediatri ospedalieri e pediatri di libera scelta potrebbe tradursi in un uso più razionale delle risorse ospedaliere.



Bibliografia

- 1) Gertman PM, Restuccia JD
The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospitals care *Medical Care* 1981, 8, 855-871
- 2) Anderson P, Meara J, Brodhurst S., Timbrell M, Gatherer A
Use of hospital beds: a cohort study of admission to a provincial teaching hospital *BMJ* 1988, 297, 910-912
- 3) Kemper KJ
Medically inappropriate hospital use in a pediatric population *N. Engl. J. Med.* 1988, 318, 1033-1037
- 4) Kemper KJ, Fink HD, McCarthy PL
The reliability and validity of the Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol *QRB* 1989, 3, 77-80
- 5) Kreger BE, Restuccia JD
Assessing the need to hospitalize children: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol *Pediatrics* 1989, 84, 242-247.

L'organizzazione della ricerca è stata effettuata dalla Associazione Culturale Pediatri (Segreteria Ospedaliera). L'elaborazione dei dati e la stesura del lavoro sono stati effettuati da Franca Parizzi, in collaborazione con la Data Manager signora Carla Manganini.



LA RICERCA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE IN EUROPA

di Michele Gangemi

La ricerca in Pediatria ambulatoriale necessita, al contrario della ricerca ospedaliera e universitaria, di un contesto in cui svolgersi che raccolga persone e strumenti dispersi.

Negli Usa, per esempio, la nascita della Ambulatory Pediatric Association è stato l'elemento trainante per la ricerca ambulatoriale.

La storia della pediatria ambulatoriale in Europa è strettamente legata alla nascita della Società Europea di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale (SERPA). Parleremo quindi di questa società ma, prima, è bene soffermarsi sulla necessità di progettare e condurre ricerche rigorose a partire dal lavoro quotidiano in modo da cambiare il proprio comportamento e quello degli altri pediatri ambulatoriali col fine ultimo di migliorare la salute. (1)

Va dunque sottolineato, in accordo con Kramer, che, dei 5 livelli ipotetici della ricerca, solo l'aumento delle proprie conoscenze, il cambiamento del comportamento, il miglioramento della salute meritano gli sforzi dedicati dai ricercatori.

Degli altri livelli, sicuramente trascurabile è il miglioramento del proprio curriculum che, invece, è assai importante in sede ospedaliera e universitaria.

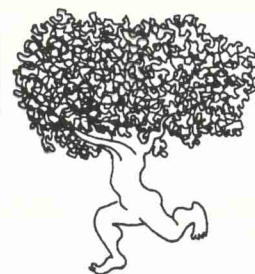
Detto questo, è necessario esaminare il percorso fatto dalla SERPA in questi ultimi anni. La società fu fondata nel 1987 dai rappresentanti di Svizzera (Girardet), Francia (Romeu), Spagna (Prandi), Belgio (Bauche) e Italia (Tamburlini).

Il Presidente, per i primi anni, è stato il professor Girardet che, nella Svizzera Romanda, aveva condotto con rigore metodologico ricerche in ambito ambulatoriale; gli era succeduto il professor Prandi di Barcellona che, in Spagna, ha sempre costituito un punto di riferimento della pediatria extraospedaliera. L'attuale direttivo è stato allargato ai rappresentanti di Lussemburgo e Portogallo (si sono avviati contatti con altri Paesi Europei) ed è assai rinnovato con il cambio dei rappresentanti svizzeri, francese, belga ed italiano.

Per quanto riguarda l'Italia, Giorgio Tamburlini, che aveva contribuito in maniera determinante alla creazione e al dinamismo del gruppo, è stato sostituito da chi scrive e all'Italia è stata assegnata la vicepresidenza, per l'efficacia sempre dimostrata in ambito di ricerca pediatrica ambulatoriale; il membro supplente per l'Italia è Roberto Buzzetti.

Da quest'anno, grazie alle pressioni italiane e all'esigenza di contattare e collaborare con altre società simili, nelle riunioni scientifiche dell'associazione, alla lingua francese si è aggiunta l'inglese, per cui la società può essere denominata SERPA o ESRAP (European Society of Research in Ambulatory Pediatrics).

Cercando di tracciare un bilancio di questi otto anni, si può dire che dopo un periodo iniziale caratterizzato da notevole



entusiasmo e da numerosi progetti di ricerca multicentrica, si è assistito a una fase di stanca dovuta in parte agli ostacoli legati alla lingua francese che rendeva difficoltosi i contatti con le altre associazioni di lingua inglese e soprattutto alla mancanza di un progetto di ricerca comune (il convegno di Garda del 1991 aveva proposto parecchi spunti che non sono stati raccolti).

Per quanto riguarda questo secondo aspetto, si deve discutere se ogni Paese debba gestire la formazione in proprio o se debba esservi una collaborazione europea. Il ruolo dell'Italia, grazie anche alle sue interessanti iniziative (S. Maria Imbaro e Bergamo), è guardato con molto interesse dagli altri Paesi e da tutti considerato fondamentale. Inoltre, la situazione Italiana è particolarmente favorevole per l'esistenza della rete ACP, comprendente 31 gruppi e che potrà ulteriormente crescere e acquisire competenze con il collegamento in rete.

Si è detto più sopra che non vi è stato accordo su un tema di ricerca in comune ed è assai probabile che la diversa organizzazione pediatrica dei vari Paesi abbia costituito un freno importante. È anche possibile che vi sia stata una presenza di dirigenti associativi non particolarmente portati ad iniziative di ricerca.

A questo proposito, va subito detto che il confronto della realtà europea con quella americana evidenzia un notevole ritardo per quanto concerne la formazione e la ricerca extraospedaliera.

L'assenza, in ambito europeo, di formazione Universitaria per gli studenti di Medicina nel campo della ricerca può avere una sua concreta importanza. Se così è, il problema andrebbe posto, proprio dalla SERPA in ambito CEE.

Bisogna poi dire che la organizzazione associativa americana che raccoglie i ricercatori ambulatoriali risulta molto più strutturata, con presenza di ricercatori di provenienza accademica e/o ospedaliera. Ciò permette di produrre ricerche assai importanti con grande ricaduta pratica, proprio grazie alla collaborazione tra pediatri ambulatoriali ed esperti di ricerca.

Non va, inoltre, dimenticato che una tale organizzazione permette di reperire le necessarie risorse umane e finanziarie per condurre le ricerche col dovuto coordinamento. Tutto questo al momento, in Europa, manca ma potrebbe essere non lontano.

Vi è stato, infatti, un notevole ricambio nel direttivo e una maggiore partecipazione dei gruppi locali alla SERPA. Nell'ultimo Congresso di Zurigo, su proposta del rappresentante italiano, ancora una volta, ci si è accordati di proporre possibili temi di ricerca comune.

Importanti contatti sono stati allacciati, grazie al professor Prandi, con altre Associazioni Europee (CESP, APEE e UNEPSA) nonché con I.P.A. (International Pediatric Association) presieduta dal professor Haggerty (un uomo di grande prestigio nella pediatria americana e presidente dell'Ambulatory Pediatric Association) e che ha inserito, come esperti in pediatria ambulatoriale, Tamburlini e Gangemi nel "Pannello on Ambulatory Pediatrics of The International Pediatric Association". Non c'è dubbio che un rapporto fra SERPA e la società di pediatria ambulatoriale americana sarebbe di grande aiuto ai pediatri ambulatoriali europei.

Questi contatti andrebbero sfruttati per far crescere i ricercatori, ma anche per far conoscere quelle ricerche europee e italiane in pediatria ambulatoriale (come quelle sull'allattamento al

seno, la malattia cronica e l'epidemiologia del wheezing) che niente hanno da invidiare per rigore metodologico ad altre svolte in ambiente accademico ma, soprattutto, per far ricadere sugli italiani la grande esperienza della ricerca ambulatoriale americana.

Quanto alla tipologia delle ricerche, è utile ricordare che Godard e Langue, in un loro articolo, hanno analizzato le comunicazioni orali e i poster presentati nei congressi della Società dal '90 al '94. (2)

Delle 125 comunicazioni presentate, scritte e orali, 115 rappresentavano ricerche in pediatria ambulatoriale ma solo 77 si riferivano a ricerche concluse. Classificando le ricerche per tema, si rileva che 23 si occupavano di pediatria preventiva e sociale, 14 di pneumologia, 13 di O.R.L., 10 di nutrizione e gastroenterologia e, in numero minore, di subspecialità pediatriche (oftalmologia, ortopedia, cardiologia ecc.). In termini "nazionali", 38 lavori sono stati prodotti dall'Italia e altrettanti dalla Spagna, 37 dalla Francia e 10 tra Belgio e Svizzera.

L'organizzazione pediatrica dei vari paesi influenza sicuramente la tipologia dei lavori, infatti la Spagna, che basa il sistema pediatrico extraospedaliero sui consultori, è il paese che più ha prodotto studi di pediatria preventiva e sociale, seguita dall'Italia.

Un altro problema, e di non poco conto, è quello della ricaduta delle ricerche in ambito pediatrico. Sembra che le ricerche prodotte dai gruppi nazionali non siano sempre conosciute, e non abbiano quindi ricaduta pratica neppure nell'ambito nazionale in cui vengono svolte. In effetti, i risultati vengono pubblicati sottoforma di abstracts e consegnati solo agli iscritti ai congressi SERPA.

La diffusione (e la discussione) sembra fermarsi qui, mentre ciò non accade in Usa, dove gli atti vengono pubblicati in supplementi di *Pediatrics*, rivista di larghissima diffusione.

Non tutti i gruppi italiani sembrano essere interessati a sfruttare l'opportunità di scambiare esperienze in ambito europeo.

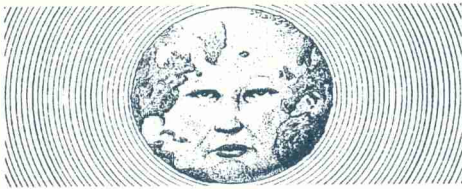
La presenza italiana in ambito SERPA è scarsa (circa 25 soci, di cui 2 soli in regola con la quota '95), anche se sono stati presentati ben 38 lavori in pediatria ambulatoriale, alcuni di ottima qualità.

Potrà aiutare la diffusione della conoscenza della SERPA lo svolgimento in Italia del prossimo congresso (Firenze 1997).

Un accenno burocratico: per potere iscriversi in qualità di membri attivi è necessario aver partecipato a lavori in pediatria ambulatoriale e aver presentato almeno un lavoro in ambito SERPA. L'iscrizione è individuale e la richiesta va inviata al rappresentante italiano (Gangemi) che la presenterà al comitato direttivo per l'approvazione.

BIBLIOGRAFIA

- (1) M. S. Kramer Medical Research: A prescriptive view *Pediatrics* 1995; 95: 82-84.
- (2) C. Godard et Al. Histoire naturelle des Jornees De La S.E.R.P.A. *Serpa- Infos* 1995; 7:4-6.



LE MINE "INTELLIGENTI"

A Vienna, in ottobre 1995, si è riunita la conferenza ONU sulle armi che colpiscono indiscriminatamente (le mine, in parole povere). Si doveva discutere su "mettiamo al bando la costruzione delle mine". Bene. Sapete cosa è venuto fuori? Una proposta che istituisce le "Mine intelligenti".

Queste ...intelligenze consistono nella capacità delle brave mine di autoneutralizzarsi dopo un certo tempo. Cioè, esse continuano a uccidere ma *solo* per un certo numero "limitato" di giorni.

La discussione è "per quanti giorni"? Le ipotesi: da 30 a 200.

Suggeriamo una variante ai tecnici dell'ONU, che vogliono mantenere intatti sia gli arsenali che le fabbriche che le forniscono. **Si potrebbe fissare un numero di morti prestabilito:** tanti bambini sotto i 10 anni, tante donne in età fertile, tante donne dopo la menopausa. Una volta ottenuto il risultato tutte le mine di una certa area potrebbero tornare agli arsenali per essere riutilizzate.

LA FDA BOCCIA I REGIMI ANTIHELICOBACTER

La FDA non ha accettato di immettere in commercio in USA due "combination therapies", presentate dalla Abbot e dalla Glaxo, contro l'Helicobacter.

Quella della Glaxo prevedeva una nuova forma di ranitidina (ranitidin-bismutocitrato: RBC) combinata con la claritro o la amoxi. La Glaxo, alla RBC associava un antimicrobico. La documentazione allegata, secondo la FDA, non era convincente sia per la dimostrazione del "killing" del germe che per l'eventualità di ricorrenze.

Intanto, la FDA è sotto attacco sia da parte dei repubblicani che dalle industrie (farmaceutiche e di apparecchiature) per i ritardi che impone agli americani nell'approvazione di farmaci e tecnologie: infatti, la FDA si occupa, quasi unica nel

mondo, oltre che di farmaci anche del "technology assessment". La FDA si difende: essa afferma che, in un anno, esprime pareri sul 93% delle richieste.

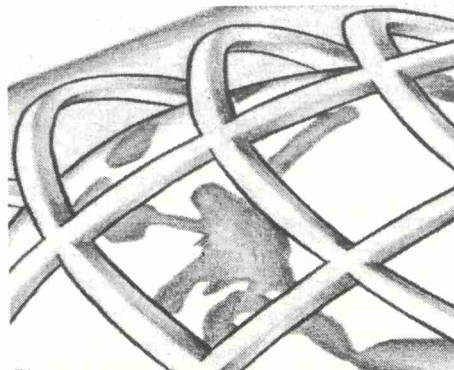
LA FRANCIA RIVEDE IL PROPRIO SISTEMA DI SICUREZZA SOCIALE

Il sistema sanitario francese ha accumulato un deficit di 230 miliardi di franchi.

Il governo Juppè pensa di farvi fronte unificando i 19 diversi sistemi di assicurazione, stabilendo dei livelli regionali di controllo, forzando il prelievo fiscale, aumentando nei prossimi due anni il contributo che i pensionati danno al sistema, bloccando il tetto di spesa, chiedendo alle industrie farmaceutiche di contribuire al risanamento con un "eccezionale e temporaneo" mancato guadagno di 2,5 miliardi di franchi.

Ai medici il governo ha chiesto di incrementare l'educazione permanente, di adottare linee guida di corretto uso dei farmaci, di tenere aggiornati i documenti clinici in modo da rendersi conto di quanto essi prescrivono al malato; ha imposto anche una tassa di 1 franco sui certificati medici da utilizzare in un fondo per la computerizzazione degli ambulatori medici.

Ai cittadini ha chiesto di usare di più il medico generico e meno lo specialista, in modo da evitare il pagamento di doppie prestazioni.



UN BUDGET PER I MEDICI D'INGHILTERRA

In Inghilterra il 39% dei medici generici è compensato a budget (fund).

Questi medici coprono il 41% della popolazione. Come noto, la scelta di essere "fondisti" è volontaria anche se il servizio sanitario preme per mettere a fondo tutti i medici.

Cosa ha prodotto il budget?

La spesa per farmaci: i fondisti, da un'indagine a campione, sembra abbiano conseguito un aumento delle spese inferiore a quello dei non fondisti: negli anni dal 1991 al 1993, l'aumento è stato del 10%, 8%, 8% per i fondisti e del 15%, 13%, 11% per i non fondisti.

Questa ricerca è stata però contestata da più parti: vi sono aree (Newcastle, North Tyneside) in cui questa differenza non c'è stata; sono stati criticati i criteri di scelta dei medici; si è fatto notare che nel campione scelto la differenza non è significativa, ecc.

La spesa pro capite è salita a 65.50 sterline nel 1993 con un aumento nel decennio dell'80%.

La soddisfazione dei pazienti: è in calo (35% vs 30%) nei fondisti; ma, mentre essa è discreta fra i malati cronici, decisamente insoddisfatti sono i malati a rischio sociale e psicologico (visite più brevi, impazienza, ecc.).

I trasferimenti di carico: dall'area delle cure secondarie e terziarie a quella delle cure primarie non è dimostrata.

L'uso degli ospedali: è in calo ma cresce l'accesso diretto alle cure fisioterapiche e specialistiche spesso gestite da servizi esterni che utilizzano consultant pubblici.

Costi: 2 miliardi di sterline nel 1994 per i budget; su questi, vi sono 67 milioni di sterline di costi di gestione e 33 milioni di costi di supporto manageriale.

Per le USL inglesi tale costo equivale all'1.5% del totale di budget.

Il costo reale è stato però inferiore del 3.5% del costo totale programmato per i budget.

Tempo impiegato dal medico per la gestione: da 8 a 25 ore settimanali.



SANZIONI ALL'IRAQ E SALUTE INFANTILE

La FAO, organizzazione dell'ONU per "food and agriculture", ha condotto, nell'agosto 1995, un'indagine fra i bambini di meno di 5 anni a Baghdad, per valutare nutrizione e mortalità. L'indagine è randomizzata su 25 cluster dei sobborghi e quindi non perfetta dal punto di vista statistico ma giudicata complessivamente di discreta significatività. I bambini valutati sono stati 2120.

Lo scopo: capire quanto le sanzioni abbiano modificato la qualità della vita dei bambini.

La malnutrizione è passata dal 12% del 1991 al 28% del 1995, i sottopeso dal 7% al 29%, il "wasting" dal 3% al 12%. I nati con peso < 2500 g. è salita al 20% (stime Unicef).

La mortalità infantile, sempre a Baghdad, è passata dal 16 per mille del 1989 al 36 per mille (e, nell'intero Iraq, al 92 per mille nel 1994). La mortalità dei bambini di meno di 5 anni, a Baghdad, dal 33 per mille è salita al 245 per mille. La causa prevalente è la diarrea acuta.

Contemporaneamente, al congresso della Società di Medicina Preventiva tenuto a Losanna, è emerso che le vaccinazioni sono diminuite del 15%.

Nonostante le organizzazioni internazionali abbiano fornito farmaci per 780.000 dollari, i farmaci stessi scarseggiano e le farmacie sono aperte per una sola ora al giorno; le disponibilità al mercato bianco sono solo per i farmaci fabbricati in Iraq. Non per la vitamina D, per esempio. È possibile che i farmaci delle organizzazioni internazionali abbiano preso la via del mercato nero. E lo scambio "petrolio contro farmaci", proposto dall'ONU, è fallito perché l'Iraq lo ha ritenuto lesivo della propria libertà commerciale.

RAZIONAMENTO DELLE PRESTAZIONI IN GRAN BRETAGNA

A rumore il mondo inglese perché nel momento in cui la regina madre - pagando, s'intende - si fa mettere una protesi di femore, in almeno 40 su 120 USL inglesi (health authorities: HA) alcune prestazioni sono escluse dalla assistenza sanitaria gratuita.

Si tratta dell'eco routinario e dell'esame delle urine in gravidanza, dello screening della densità ossea, del tumore coloretale e dell'aneurisma aortico, del trattamento delle varici e dell'infertilità.

Questo oltre alla già consolidata non concessione della dialisi ai diabetici, della terapia intensiva agli anziani, del trapianto di fegato agli alcolisti ecc..

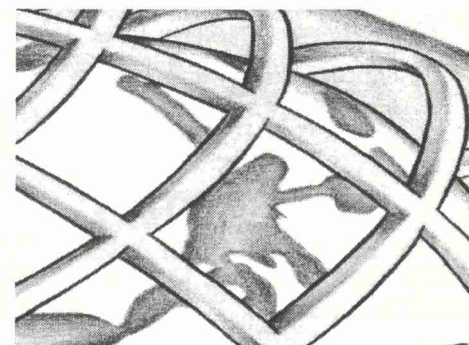
Tempesta fra i medici della British Medical Association: "provvedimento illegale e irresponsabile".

Mentre il direttore nazionale delle HA ripete che tali procedure sono state definite dalla ricerca come inefficaci e che la garanzia costituzionale inglese è applicata a ogni trattamento solo se questo è salvavita.

Il segretario delle HA è più prudente e dice che solo tagliando i trattamenti "meno efficaci" si può garantire una *comprehensive care*.

I laburisti chiedono (con prudenza; la sinistra è fragile!) se fra "i trattamenti efficaci" ci siano anche quelli economici agli alti dirigenti del SSN (più di 100.000 sterline, fino a 524.000 sterline).

Lo strano è che un paese come la Gran Bretagna, cui noi riserviamo una grande fiducia, non abbia ancora progettato una politica nazionale di razionamento invece di ricadere in un razionamento locale.



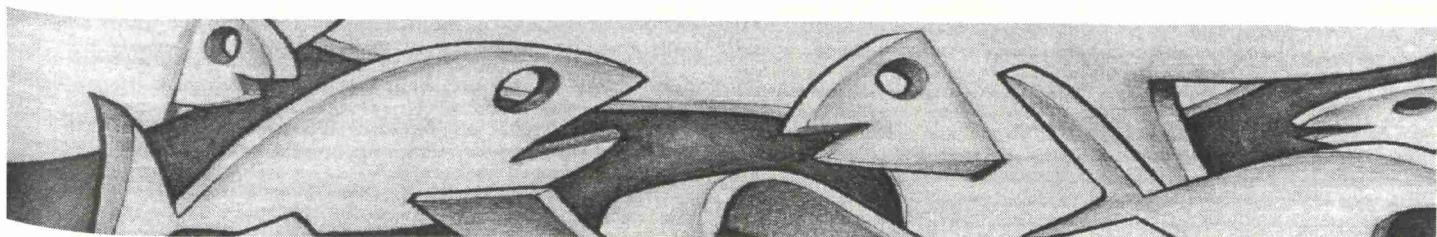
QUANTO COSTA LA SALUTE E CHI LA DEVE PAGARE?

Spese sanitarie come percentuale del prodotto interno lordo, PIL (dati 1992, fonte OECD 1992):

USA: 14,
Canada: 10.1;
Francia: 9.4;
Germania: 8.7;
Olanda: 8.6;
Italia: 8.5;
Norvegia: 8.3;
Svezia: 7.9;
Giappone: 7.8;
Gran Bretagna: 7.1;
Spagna: 7;
Danimarca: 6.5.

Percentuale di persone che credono che il governo debba occuparsi della salute delle fasce più povere (*Pediatrics*, ottobre 1995)

Spagna: 71;
Italia: 66;
Francia: 62;
Inghilterra: 62;
Polonia: 56;
Germania: 50;
USA: 23.



Selezionano i migliori, i concorsi universitari?

di Fabio Sereni

Recenti vicende riferite dalla stampa sui concorsi universitari, specialmente quelli di Medicina e di Pediatria, hanno richiamato l'attenzione dei pediatri su questo argomento. Abbiamo chiesto a Fabio Sereni di chiarirci i termini del problema.

Emettere un giudizio equilibrato sullo stato attuale della docenza e dei concorsi universitari non è facile, soprattutto per i radicali mutamenti che sono stati introdotti in pochi decenni nella legislazione universitaria italiana; ma anche perché il giudizio può essere influenzato dal ruolo professionale che ricopre chi scrive.

A me sembra innanzitutto utile rammentare i cambiamenti più significativi intervenuti negli ultimi decenni.

COSA È CAMBIATO: IL MALE E IL BENE

Prima tappa: fine anni '60. Istituzione della figura del "professore aggregato".

Per la prima volta, è stata istituita una figura intermedia tra quella del professore ordinario, con tutti i suoi poteri, e quella dell'assistente e degli aiuti. Ciò ha significato l'inizio della fine del potere assoluto del professore universitario di ruolo.

Seconda tappa: anni '70. Periodo che chiamerei delle promozioni "facili" e della fine del sistema "aristocratico" o "autoritario" universitario.

Scompaiono i professori aggregati che,

ope legis, diventano a tutti gli effetti professori ordinari.

Scompaiono (o meglio, sono ridotti a "ruolo ad esaurimento") gli assistenti e gli aiuti universitari che, attraverso una verifica spesso non selettiva, diventano *ope legis* professori associati.

Si crea la nuova figura di ricercatore universitario.

Si stabilisce - punto molto importante - che le tre fasce di universitari di ruolo (professori ordinari o di 1^a fascia, professori associati o di 2^a fascia, ricercatori) debbano avere una consistenza numerica nazionale equivalente (circa 15.000 per ogni categoria).

A mio parere, due sono state le conseguenze più importanti di queste radicali mutazioni.

La carriera universitaria non è più di tipo elitario, si creano molti docenti con conseguente scarsa selezione. Alcune Facoltà, particolarmente quelle di Medicina e Scienze, sono composte da centinaia di persone e la loro funzionalità è molto problematica. La giustificazione è che si deve provvedere all'insegnamento di una popolazione universitaria di studenti che, con la liberalizzazione, è molto aumentata. Per contro, nessun provvedimento serio, viene preso per la verifica (in Italia, mai esistita) della qualità dell'insegnamento. Questo grave inconveniente, unitamente alla stabilità della carriera, ai limiti di età sempre più avanzati per la pensione e al lento svolgimento dei concorsi universitari, porta a un ricambio dei docenti estremamente ridotto. Il risultato è che esistono oggi numerosissimi ricercatori di 50-60 anni senza prospettive di carriera e con stipendi irrisori; dall'altra parte, moltissi-

mi giovani meritevoli che non hanno fondate prospettive di intraprendere una carriera universitaria.

La situazione appare senza via d'uscita e sembra ottimistico pensare che varando il sistema dei concorsi, *stantibus rebus*, qualcosa di fondamentale migliori.

L'ATTUALE SISTEMA: VANTAGGI MARGINALI

Il sistema con cui si formano oggi le commissioni giudicatrici dei concorsi è di tipo misto. I commissari vengono scelti per votazione e per sorteggio, con due differenti modalità, a seconda che si tratti di concorsi per associati o per professori di prima fascia. Il CUN, Comitato Universitario Nazionale, dovrebbe garantire la regolarità degli atti. Con questo sistema si è cercato di limitare la possibilità che ristretti gruppi di potere universitario stabilissero a priori la composizione delle Commissioni giudicatrici che, a loro volta, avrebbero potuto prefigurare (come, nel passato, è obiettivamente accaduto molto spesso) il successo di determinati candidati appartenenti alla "scuola" di uno dei commissari.

Questo sistema ha portato vantaggi, a mio modo di vedere, del tutto marginali. Ricorsi ed esposti al ministro e al Comitato Universitario Nazionale e denunce alla magistratura hanno, di fatto, bloccato per lunghi periodi le conclusioni di numerosi concorsi. Un esempio quanto mai significativo è dato dai due ultimi concorsi per professori di prima fascia di Pediatria. Il più "antico" è stato bandito nel lontano 1988 e si è concluso solo nel 1995; il secondo, bandito nel 1992, non è ancora oggi (gennaio 1996) concluso! Né

il nuovo sistema ha evitato clamorose "ingiustizie".

Per non parlare soltanto delle malefatte di casa nostra, voglio solo citare un articolo comparso nel novembre scorso sul quotidiano romano "Il Messaggero": uno dei candidati vincitori dell'ultimo concorso di Anestesia e Rianimazione per professori di 1ª fascia scrive testualmente di "vergognarsi" di aver vinto, perché altri molto meritevoli erano stati bocciati per una chiara parzialità dei commissari

Ma torniamo alla Pediatria.

Armando Rubino prese, nei primi anni '90, una meritoria iniziativa. Invitò a Roma tutti i docenti (e la partecipazione fu quasi globale) allo scopo preciso di accertare se era possibile stabilire delle regole "generali" che servissero come "linee guida" per i futuri commissari ai concorsi universitari. Partecipai alla riunione e fui sorpreso come fosse stato possibile giungere a un accordo quasi unanime, su alcune delle caratteristiche "minime" del curriculum scientifico, che erano ritenute necessarie per essere giudicati idonei a coprire posizioni di docente di ruolo. La riunione non è stata inutile, nel senso che ha dato forza a chi, nei concorsi per professore associato o di 1ª fascia, si è poi battuto come commissario per "non escludere i più meritevoli (o anche per "non promuovere" chi non aveva assolutamente titoli). E così, nell'ultimo concorso per professori associati in discipline pediatriche, nove posti (su 23 disponibili) sono andati a candidati che non erano della sede che aveva chiesto il concorso e, quindi, presumibilmente non "a priori" destinati a vincere. Qualcosa, dunque, si è mosso ma non è sicuramente ancora soddisfacente.

LE NUOVE PROPOSTE

Il Ministro dell'Università e della Ricerca del governo Dini ha proposto una riforma del sistema di selezione dei nuovi professori. Le commissioni dovrebbero in sostanza redigere liste di idonei alle cattedre in numero significativamente superiore a quello dei posti disponibili e si dovrebbe lasciare alla Facoltà il diritto di scegliere tra gli idonei.

A me sembra che questa riforma (se pure sarà approvata, dato che la Commissione Pubblica Istruzione del Senato ha introdotto notevoli modifiche al testo ministe-

riale) non aiuterà a garantire la selezione dei migliori. Anzi, con tutta verosimiglianza, faciliterà la perversa abitudine della Facoltà ad automoltiplicarsi, cioè a cooptare chi già lavora nella stessa istituzione. Il male è alla radice e non può essere estirpato con nuovi "palliativi".

In numerose Università straniere di grande prestigio come per esempio Oxford, al contrario, è regola consolidata quella che un professore di ruolo che va in pensione non possa essere sostituito da un docente della stessa Facoltà: ciò per assicurare un rinnovamento culturale e di idee quanto più possibile radicale.

La verità è che in paese civile non dovrebbero essere necessarie molte regole per selezionare in modo onesto chi è meritevole di assumere incarichi direttivi di interesse pubblico. Potrei, al limite, dire che non vi dovrebbero essere concorsi, così come storicamente gli italiani li intendono, ma solo chiamate.

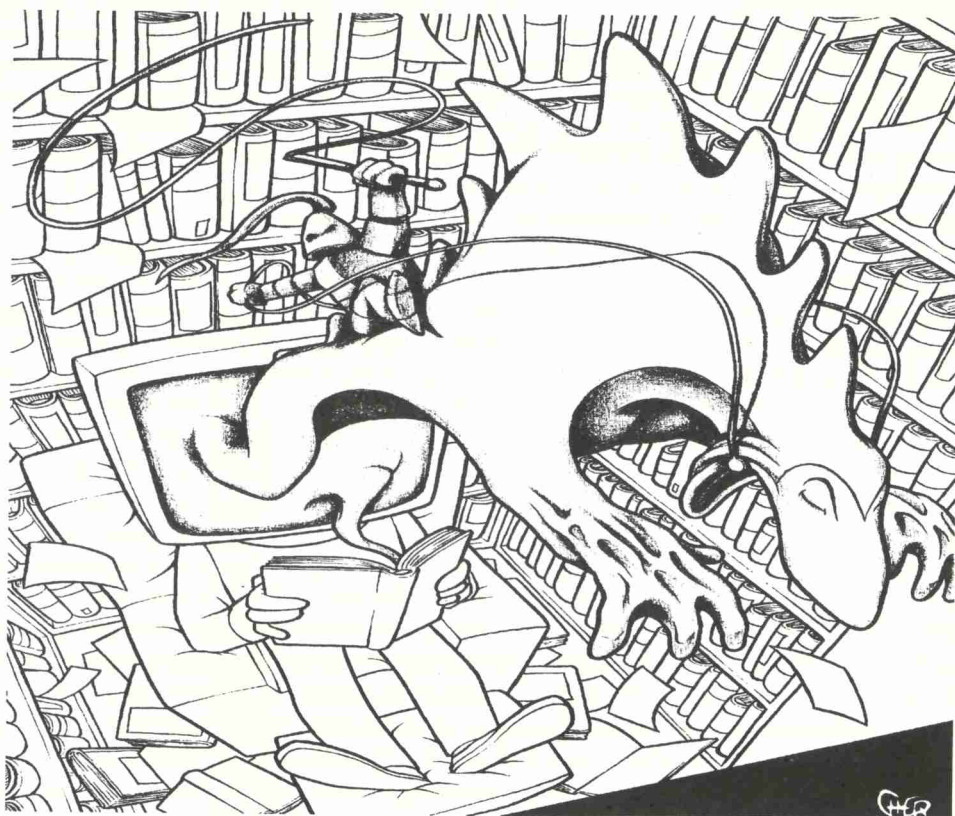
Gli amministratori responsabili degli Enti dovrebbero avere l'onere di scegliere le persone più adatte, naturalmente dopo aver acquisito le informazioni tecniche necessarie da parte di un ristretto numero di personalità "esterne".

Questo principio è stato, del resto, già acquisito dai decreti legislativi 502-517 per la nomina dei primari ospedalieri da parte dei Direttori generali allorché si dà loro la facoltà di scelta in una rosa selezionata da esperti. E si sancisce che la carica non è definitiva ma di durata quinquennale e rinnovabile.

Negli Stati Uniti, professori stabili (cioè con la cosiddetta *tenure* che garantisce lo stipendio senza limiti di tempo) sono una esigua minoranza e sono tutte personalità molto prestigiose.

Non so se mai, in Italia, giungeremo a un sistema meno formale ma più severo di selezione e di ricambio dei docenti universitari.

Il pessimismo è purtroppo obbligatorio, soprattutto perché, almeno per la facoltà di Medicina, è difficile immaginare che i guasti di molti decenni possano essere corretti in tempi ragionevoli, anche se le Università italiane vanno verso un'autonomia non solo amministrativa ma anche gestionale e sarebbero, oggi più di ieri, in grado di compiere scelte coraggiose: per esempio, limitando il numero di professori di 1ª fascia per creare, a parità di spesa, una fascia più numerosa di giovani ricercatori.



Σ Δ Π % Ω π ρ f √ @ μ β < ≥ ± = α
 ∞ # λ δ χ Σ < (∃) ∫ π ρ f λ δ χ β < ≥ ± = α
 ∫ π ρ Σ Δ Π % Ω ∞ # λ δ π ρ f δ χ Σ

Statistiche correnti

di Carlo Corchia

Σ Δ Π % Ω π ρ f √ @ μ β < ≥ ± = α
 ∞ # λ δ χ Σ < (∃) ∫ π ρ f λ δ χ β < ≥ ± = α
 ∫ π ρ Σ Δ Π % Ω ∞ # λ δ π ρ f δ χ Σ

Forse è stato un po' improprio chiamare questa rubrica "Statistiche Correnti", dal momento che, spesso (quasi sempre), si tratta di statistiche che "corrono nel passato". Purtroppo, al ritardo con cui vengono usualmente pubblicati i dati ISTAT si aggiunge quello della stesura di questa rubrica e, infine, quello legato alla stampa. Chiediamo, quindi, scusa a chi vorrebbe trovare solo le novità, in queste pagine. Tuttavia, anche dati non aggiornatissimi possono aiutare a capire le tendenze dei fenomeni, soprattutto di quelli sanitari, dal momento che nel nostro campo e nel nostro Paese i cambiamenti sono di medio e lungo periodo, e dovrebbero continuare a esserlo, nonostante l'evoluzione e i nuovi scenari della società contemporanea.

I dati presentati in questo numero sono stati ricavati dal volume dell'Istat "Nascite e Decessi, anno 1991". Poiché essi vengono pubblicati come frequenze assolute e con disaggregazioni che non corrispondono a quelle qui illustrate, è stato necessario effettuare alcune rielaborazioni supplementari.

La distribuzione relativa di frequenza dell'età della madre dei 562.768 bambini nati in Italia nel 1991 è presentata nella tab. 1. Dal calcolo sono stati esclusi 2.061 bambini in cui il dato era

media superiore il 31,9%, quelle con scolarità media inferiore sono state il 48,8% e, infine, quelle con scolarità elementare o

con nessun titolo scolastico sono risultate ben il 13,2% del totale.

La suddivisione in classi di età gestazionale fornita dall'ISTAT non consente confronti internazionali, dal momento che l'OMS definisce la nascita pretermine come quella avvenuta a un'età gestazionale < 37 settimane, mentre nelle nostre statistiche il cut-off è < 36 settimane. Dalla fig. 3 si nota la distribuzione dell'età materna nei nati < 36 settimane di E. G.: è spostata verso valori più elevati rispetto a quella dei nati di 36 o più settimane. Questo denota un'associazione positiva tra età materna elevata e rischio di parto pretermine. Nessuna associazione invece è stata riscontrata fra nascita < 36 settimane e professione materna.

Nella tab. 2 è presentata la natimortalità per età materna. I quozienti aumentano all'aumentare dell'età. Il valore complessivo è stato di 5,4 x 1000 nati.

Molto alta è stata la natimortalità nei casi di età materna non indicata; si tratta comunque di un numero esiguo di eventi, pari

La nascita e i suoi differenziali socio-demografici

mancante.

Nelle figure 1, 2 e 3 è illustrata la distribuzione relativa di frequenza dell'età materna rispettivamente per area geografica, per scolarità e per età gestazionale. I dati dell'area geografica si riferiscono alla popolazione presente. La distribuzione dell'età materna è spostata verso sinistra, cioè verso età più giovani, nel Sud e nelle Isole, mentre le nascite ad età maggiori o uguali a 30 anni sono più frequenti nel Centro-Nord. Oltre i 40 anni non sembrano esistere differenze importanti. Le distribuzioni dell'età materna appaiono molto diverse dopo stratificazioni per scolarità, anche come effetto del fatto che una donna non può essere laureata a meno di 20 anni e che molte altre non lo sono ancora prima dei 25. Il risultato finale è comunque questo: le laureate tendono ad avere figli in età più avanzate rispetto alle altre donne, mentre il contrario si osserva per quelle con scolarità media inferiore o elementare. Tuttavia, queste ultime, alle quali sono state accorpate anche le donne senza titolo di studio, frequentemente partoriscono anche in età superiori ai 35 anni. In altri termini, sembrano distribuire più uniformemente i figli (forse anche a farne di più) nell'arco dell'intera vita produttiva. Va ricordato che le laureate sono state, nel 1991, il 6,6% del totale delle mamme, quelle con scolarità

a poco più dell'1% di tutti i 3079 nati morti. La relazione tra età materna avanzata e natimortalità è nota in letteratura ed è stata, molto recentemente, confermata da un articolo apparso sul "New England Journal of Medicine" (Fretts RC, Schmitt-diel J., McLean FH., Usher RH., Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995; 333: 953-957).

Le figg. 4 e 5 illustrano la natimortalità per età materna e area geografica e per età e scolarità materne. L'effetto dell'età materna sulla natimortalità è tanto più pronunciato quanto più si scende a Sud, mentre nel Nord l'incremento dei quozienti con l'età è molto meno marcato. È quindi possibile che la maggior parte del divario fra Nord e Sud sia attribuibile all'esito della gravidanza nelle donne meridionali di età superiore a 30 anni che rappresentano, in questo caso, il gruppo più a rischio. Il gradiente di classe sociale sulla natimortalità è evidente dopo stratificazione per scolarità materna. Le donne con il titolo di studio hanno una natimortalità di circa il 60% più elevata di tutte le altre e, anche in questo caso, come per l'area geografica, le differenze sono state più marcate quanto più avanzata era l'età materna; al di sopra dei 40 anni, i quozienti osservati nelle donne in possesso di licenza di scuola media inferiore o ele-

Σ Δ Π % Ω π ρ f √ @ μ β ≤ ≥ ± = α ε ∞ # λ δ γ Σ < (∃) ∫ π ρ f λ δ γ β ≤ ≥ ∫ π ρ Σ Δ Π % Ω ∞ # λ δ π ρ f δ γ
 Σ π ∞ # λ δ γ Σ < (∃) Σ Δ Π % Ω π ρ f √ @ Δ Π % Ω π ρ f √ @ μ β ≤ ≥ ± = α ε ∞ # λ δ γ Σ < (∃)
 Σ π ρ f λ δ γ β ≤ ≥ ∫ π ρ Σ Δ Π % Ω ∞ # λ δ π ρ f δ γ Σ π ∞ # λ Ω π ρ f √ @ Δ Π λ δ γ Σ < Ω π ρ f √ @ μ β γ χ

TAB.1. DISTRIBUZIONE RELATIVA DI FREQUENZA DELL'ETA' MATERNA NEI NATI VIVI IN ITALIA DEL 1991 (N=560.706)

ETA' MATERNA	%
< 20 anni	3,0
20 - 24 anni	20,5
25 - 29 anni	38,1
30 - 34 anni	26,5
35 - 39 anni	10,0
≥ 40 anni	1,9

TAB.2 NATIMORTALITA' IN ITALIA NEL 1991 PER ETA' MATERNA

ETA' MATERNA	N.M. x 1.000
< 20 anni	3,8
20 - 24 anni	4,9
25 - 29 anni	4,7
30 - 34 anni	5,6
35 - 39 anni	8,0
≥ 40 anni	11,0
TOTALE	5,4
non indicata	16,7

TAB.3. NATIMORTALITA' IN ITALIA NEL 1991 PER PROFESSIONE MATERNA

PROFESSIONE	NATIMORT. x 1.000
IMPRENDITORE, LIB. PROFESS.	3,8
DIRIGENTE, IMPIEGATA	4,8
LAV. IN PROPRIO, COADIUVANTE	5,6
LAV. DIPEND.	5,0
TOT. LAV.	5,0
CONDIZIONE NON PROFESSIONALE	5,9
NON INDICATA	16,5
TOTALE	5,4

FIG.1 DISTRIBUZIONE DELL'ETA' MATERNA DEI NATI VIVI NEL 1991 PER AREA

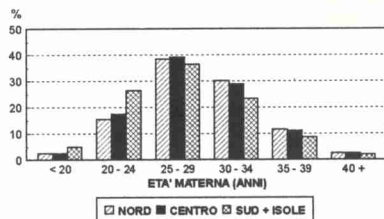


FIG. 2 DISTRIBUZIONE DELL'ETA' MATERNA DEI NATI VIVI NEL 1991 PER SCOLARITA'

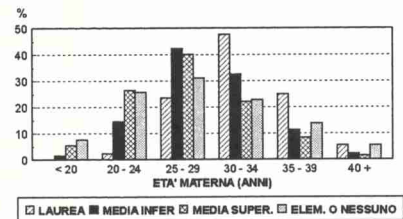


Fig. 3. Distribuzione dell'eta' materna dei nati vivi nel 1991 per E.G.

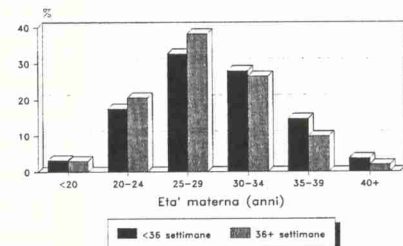


FIG. 4 NATIMORTALITA' PER AREA GEOGRAFICA ED ETA' MATERNA NEL 1991

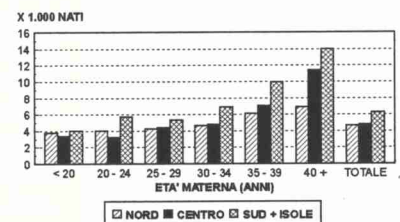
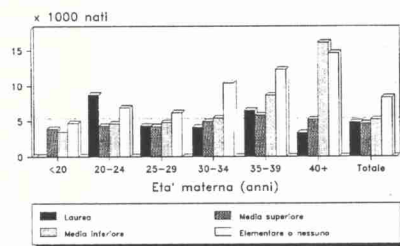


Fig. 5. Natimortalita' per scolarita' ed eta' materna nel 1991.



mentare (nessun titolo) sono comparabili. Nella classe 20-24 anni, il quoziente più alto è quello delle laureate; ma è verosimile che si tratti di una osservazione causale, dal momento che i casi dei nati morti, in questo gruppo, sono stati solo quattro. Nella tab. 3 sono presentati i quozienti di natimortalità per professione materna. A parte i casi in cui il dato non è stato indica-

to, il valore più basso è quello di imprenditori e liberi professionisti, il più alto quello delle donne in condizione non professionale, cioè delle casalinghe. Globalmente, le donne che lavorano hanno un tasso di natimortalità più basso delle donne che non lavorano (5 verso 5,9 x 1000). Questa osservazione può essere ricondotta a ciò che in epidemiologia è noto come "healthy worker effect" e può essere spiegata in maniera semplice, se si tralascia il problema della nocività legata alle singole professioni: la condizione di lavoratore è, infatti, espressione di alta appartenenza sociale, maggiore informazione e conoscenza, migliore comportamento sanitario e uso dei servizi, che si traducono, tra l'altro, in migliori condizioni di salute ed esiti riproduttivi.



FABIO SERENI CANDIDATO ALLA PRESIDENZA DELLA SIP

Pubblichiamo la lettera che Sereni indirizza a tutti i pediatri italiani.

Fabio Sereni è professore di Pediatria presso l'Università di Milano, è uno dei fondatori dell'ACP della quale è anche stato, per molti anni, il presidente. È ovviamente il candidato che l'ACP ha nel cuore.

Caro collega,
il desiderio sarebbe stato quello di scrivere questa lettera a tutti i soci della Società Italiana di Pediatria ma ciò si è rivelato "impossibile" essendo i soci più di 4.000. Mi limito dunque a inviare questa nota a una serie di colleghi e amici responsabili di strutture universitarie e di primari ospedalieri, ai rappresentanti della pediatria di libera scelta o di altre associazioni o società scientifiche. Chiedo loro il favore di trasmettere questo "messaggio" a quanti collaborano a lavorare nella stessa struttura o associazione: sarò grato se lo faranno.

Questa lettera ha uno scopo limitato e preciso: informare i soci della SIP che al Congresso nazionale di Pediatria di Montecatini (21-25 settembre p.v.) si dovrà votare per il "President-elect" e cioè per il presidente della SIP per il triennio 1997-1999, e che è molto verosimile che i contendenti saranno due: il prof. Liborio (Orietto) Giuffré e il sottoscritto (pur non potendo, ovviamente, escludere altre candidature).

Immagino che molti amici si chiederanno il perché di questo annuncio così prematuro. Le ragioni sono molto personali e derivano da una mia esigenza di chiarezza e di sincerità.

In ordine di tempo, il primo a manifestare l'intenzione a candidarsi è stato l'amico Giuffré, per il quale nutro antica stima e amicizia. Quando ho saputo della sua candidatura, le seguenti ragioni, in ordine di importanza, mi hanno spinto ad aggiungere alla mia candidatura:

1) Ho sempre creduto nell'esigenza che sia data ai soci la possibilità di scelta per ogni carica a qualsiasi livello e che non ci fosse, quindi, in ogni caso un nome solo.

2) La scelta deve essere tra persone di caratteristiche assai diverse. Orietto Giuffré e Fabio Sereni sono molto differenti, pur essendo amici: uno è giovane, l'altro anziano (per non dire quasi vecchio), uno è alto l'altro è basso, uno è di Palermo l'altro di Milano, il loro curriculum vitae è diverso, così come il loro modo di affrontare i problemi.

3) In considerazione del fatto che la notizia delle due candidature si andava diffondendo, volevo chiarire ai pediatri che, da parte mia, (e, sono sicuro, anche da parte di Orietto Giuffré) non sarà una battaglia ma solo un confronto. Volevo, in altre parole, chiarire fin da ora lo spirito che mi anima, che non è di contrapposizione o polemico verso un amico e galantuomo come Giuffré ma di rispetto per i soci della SIP.

4) Devo anche ammettere che nel decidere la mia candidatura ha giocato anche in parte l'ambizione, che a me sembra lecita per il poco (ma con molti sforzi) che ho cercato di fare per la pediatria italiana in più di quaranta anni.

5) Infine, la mia passata "non breve" esperienza di diretto coinvolgimento in politica sanitaria regionale e quella attuale di membro del Consiglio Superiore di Sanità credo possano essere utili nel guidare una Società come quella di pediatria i cui interessi fondamentali devono forzatamente essere oltre che culturali anche di indirizzo di politica sanitaria.

La decisione di candidarmi è stata mia. Per una volta, un candidato non dice che molti amici lo hanno sollecitato. Ciò non vuole ovviamente dire che molti amici non mi abbiano, in un secondo tempo, confortato a confermare la mia candidatura.

Con molta cordialità

Fabio Sereni

I CANDIDATI SEGNALATI DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio direttivo, riunito a Bologna il 9.12.1995, ha formulato l'elenco dei candidati da sottoporre al vaglio degli iscritti per la nomina dei componenti, che scadono nell'ottobre 1996. I componenti del Consiglio che scadono, e che sono ineleggibili, sono:

- A. Alberti, pediatra di libera scelta** (Cesena)
- R. Buzzetti, medico di comunità** (Bergamo)
- G. La Gamba, ospedaliero** (Catanzaro)
- G. Tamburlini, ospedaliero** (Trieste)

Il direttivo ha candidato i seguenti iscritti:

- L. Contarini, pediatra di comunità** (Ravenna)
- N. D'Andrea, ospedaliero** (Acquaviva, Bari)
- L. Marolla, pediatra di libera scelta** (Roma)
- G. Masera, universitario** (Monza)
- L. Peratoner, ospedaliero** (Pordenone)

Rimangono in carica, in quanto scadono successivamente al 1996:

- C. Berardi, pediatra di libera scelta** (Perugia)
- G. Cirillo, ospedaliero** (Napoli)
- S. Conti Nibali, pediatra di libera scelta** (Messina)
- L. Venturelli, pediatra di libera scelta** (Bergamo)

Si ricorda che i gruppi locali o gruppi di iscritti possono fare pervenire al presidente entro e non oltre il 15 aprile le loro candidature.



I BAMBINI A RISCHIO SOCIALE: GENERAZIONI A PERDERE O INVESTIMENTO SOCIALE

a cura di : Giuseppe Cirillo, Giorgio Tamburlini e Paolo Siani

Ricoveri ricorrenti, incidenti, maltrattamenti, uso inappropriato dei servizi sanitari; e poi, madri adolescenti e poco istruite, padri disoccupati, evasione scolastica, delinquenza minorile. Di tutto questo si parla nel libro. Gli autori non si limitano a descrivere il fenomeno ma propongono modelli sperimentali di intervento che possono essere utilizzati non solo dagli operatori sanitari ma anche da insegnanti, assistenti sociali e da tutti coloro che entrano in contatto con questi bambini che rappresentano circa il 20% della popolazione infantile.

Indice

Prefazione: G. Biasini

Cap. 1 La tutela della salute e il rischio di povertà e disuguaglianza (D. Baronciani)

Cap. 2 L'insicurezza e la disattenzione: nuova area di rischio (P. Di Nicola)

Cap. 3 Bambino a rischio e legislazione minorile (P. Giannino)

Cap. 4 I segni del disagio

4.1 alla nascita (G. La Gamba)

4.2 nell'interazione tra pediatri e famiglie (S. Fedele)

4.3 nell'utilizzo dell'ospedale (P. Siani)

4.4 nell'utilizzo dei servizi sanitari (S. Manetti)

4.5 nella malattia cronica (N. D'Andrea)

4.6 nel bambino che va male a scuola (L. Acerbi)

Cap. 5 I progetti possibili e gli strumenti

5.1 L'intervento del pediatra (G. Tamburlini)

5.2 Il trattamento di bambini e preadolescenti di famiglia a rischio sociale o multiproblematiche: ruolo del pediatra (P. Facchin)

5.3 L'adozione sociale (G. Cirillo)

5.4 L'intervento della scuola (G. Fenizia e G. Fiorenza)

5.5 Le proposte di un magistrato

5.6 L'impegno della chiesa (E. Damoli)

5.7 Quale rete di servizi (C. Ciotti)

Cap. 6 Le raccomandazioni

I Bambini a rischio sociale, Napoli 1996, pp. 200, f.to 15x21,5 ; lire 30.000

CEDOLA DI COMMISSIONE LIBRARIA

Vogliate inviarmi al prezzo di prenotazione il volume sopra indicato:

pagherò : /___/ C/assegno /___/ a ricezione fattura (solo per Enti e Istituti)

Cognome..... Nome.....

Professione.....

Codice fiscale:..... P. IVA.....

Indirizzo: via..... n.....

cap..... Città..... Prov.....

data..... Firma.....

da inviare a : **Edizioni Scientifiche Italiane - Via Chiatamone 7 - 80121 Napoli**

RALLEGRAMENTI

A...

...Paolo Durand, nominato direttore scientifico dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma.

Paolo Durand è uno dei non tanti italiani citati nella letteratura pediatrica internazionale. È stato primario ospedaliero (negato all'Università, nonostante i suoi indubbi meriti e le sue altrettanto indubbe qualità) al Gaslini di Genova. Dello stesso ospedale è stato direttore scientifico.

Successivamente ha avuto la Direzione scientifica dell'Istituto Gregorio Mendel di Roma.

Non guasta ricordare che egli è stato fra i soci fondatori dell'ACP.

Dal settembre 1995 è, quindi, direttore scientifico del Bambino Gesù.



Dipartimento "Pesante"

Dipartimento "Leggero"

una proposta del Pedibas - Roma

Il gruppo PEDIBAS di Roma ha elaborato una proposta, consonante con le tesi dell'ACP, per la istituzione del Dipartimento Materno Infantile nell'AUSL di Roma C. Per ragioni di spazio siamo costretti a non pubblicare la "premessa" a questa proposta che conteneva un interessante excursus sull'assistenza materno-infantile. La premessa conteneva anche una valutazione dei Servizi Materno Infantili che solo difficilmente può, con piena aderenza alla realtà, adattarsi alla storia dei Servizi intesi nella loro globalità; anche se non v'è dubbio che vistose distorsioni nella loro storia vi sono state, negli ultimi anni, anche grazie alla sensibilizzazione dell'ACP, la storia e le attitudini dei SMI si sono ampiamente modernizzate. Per ragioni di spazio siamo costretti anche a non pubblicare le "note" e gli allegati alla proposta che pur sono di grande interesse. Questi possono essere chiesti al Pedibas (Via Etruria 65. 00183 ROMA. Tel-fax:06 70497587).

Crediamo però che occorra fare una valutazione "storicizzata" della proposta ACP sui Dipartimenti Materno Infantili. Il concetto è stato recepito dal Piano Sanitario Nazionale. Apparentemente anche tutte le sigle sindacali che si occupano di assistenza pediatrica (FIMP, CUMI, CIPE) lo hanno apprezzato. Il decollo non è, però, avvenuto.

Noi crediamo di sapere perché.

I dipartimenti di prevenzione, formidabile strumento di potere in mano agli igienisti, "temono" il potere di chiunque altro all'interno USL. I direttori generali temo-

no il disfacimento delle Aziende moltiplicando i centri di potere. I primari ospedalieri non hanno capito, inscientemente, che la salvezza di molti reparti sta nella loro apertura all'esterno.

Il problema è, quindi, quello del "potere" nelle USL. Un dipartimento in più è un direttore in più, un direttivo in più, un budget in più.

Può essere triste ammetterlo, ma è così. Predomina, ovunque, la concezione italiana del potere.

Si aggiunga che il potere contrattuale dell'infanzia e della maternità, nelle scelte della sanità, è drasticamente diminuito e si è registrato un aumento consensuale di potere delle scelte per gli anziani.

Contemporaneamente, è continuato il disinteresse per qualsiasi politica di sostegno alla famiglia: i figli sono stati, e sono, lasciati alla unica responsabilità e cura dei genitori senza interventi assistenziali dello Stato. Lo Stato si limita a dargli un lavoro o a negarglielo a seconda della istruzione o delle abilità che la famiglia ha loro procurato.

L'ACP deve, quindi, prendere realisticamente atto di questo e correggere la sua proposta di DMI per renderla più storicizzabile.

Si può quindi proporre, in alternativa ad un Dipartimento strutturato, un Dipartimento funzionale.

Ciò significa proporre l'aggregazione in progetti di persone e funzioni attualmente disperse nelle Aziende e male utilizzate, spesso, nella clinica.

Qualche esempio di progetti:

1) aumentare l'incidenza dell'allattamen-

to al seno;

2) ottimizzare la copertura vaccinale per le vaccinazioni facoltative;

3) istituire una politica assistenziale per adolescenti e preadolescenti;

4) diminuire l'incidenza delle nascite pretermine;

5) istituire un aggiornamento professionale unico per tutti i pediatri della Usl;

In ognuno di questi progetti possono essere inserite, a vario titolo, la pediatria di base, la pediatria ospedaliera, i consultori familiari, i pediatri dispersi nei vari servizi e nelle varie strutture della Usl.

Di ogni progetto si potrebbe fare un protocollo o delle linee guida.

Di ogni progetto si potrebbe nominare un coordinatore.

Un secondo coordinamento dovrebbe essere tenuto fra tutti i progetti.

È un modo più leggero per proporre l'area pediatrica.

Aspettiamo proposte, correzioni, suggerimenti.

(G. B.)

Proposta di Delibera per l'istituzione del "Dipartimento per la salute materno-infantile" - D.M.I.

Articolo 1. Istituzione del D. M. I.

Nell'Azienda USL Roma C, è istituito il "Dipartimento per la salute materno-infantile" - D.M.I. per svolgere le funzio-

ni previste dai "Progetti obiettivo" individuati nell'Atto di intesa fra Stato e Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo a triennio '94/'96.

Il Dipartimento realizza il coordinamento delle diverse forme di:

- prevenzione, riabilitazione, educazione e assistenza sanitaria riguardanti la fascia di età 0-18 anni;

- prevenzione, educazione e assistenza sanitaria in ambito ostetrico-ginecologico;

- assistenza alla donna, alla coppia e alla famiglia per una procreazione cosciente e responsabile; erogate attraverso i distretti e le strutture territoriali che ai distretti fanno capo, in integrazione con le divisioni ospedaliere di ostetricia-ginecologia e di pediatria dell'Ospedale S. Eugenio.

Articolo 2. Finalità, obiettivi e strumenti.

La **finalità** del D.M.I. è l'integrazione fra le molteplici attività effettuate dall'Azienda USL a favore dell'area materno-infantile in modo che siano evitate frammentazioni e duplicazioni.

Gli **obiettivi** che il D.M.I. deve realizzare sono quelli individuati dal P.S.N. per il triennio '94/'96 (supplemento ordinario alla G.U. n. 8 del 12/1/94, parte 1^a).

Gli **strumenti** per la realizzazione di questi obiettivi sono la programmazione, l'indirizzo, il coordinamento e la verifica delle attività di:

1.1 tutela e promozione della salute della donna, della coppia e del bambino nella fase preconcezionale, della gestazione e perinatale effettuata dai consultori dell'attuale servizio materno-infantile, dai ginecologi attualmente operanti nei poliambulatori, dalla divisione di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale S. Eugenio e dagli ambulatori e day-hospital ad essa collegati;

1.2 diagnosi precoce dei tumori femminili mediante indagini mirate eseguite dai consultori dell'attuale servizio materno-infantile, dai ginecologi attualmente operanti nei poliambulatori e dagli ambulatori dipendenti dalla divisione di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale S. Eugenio;

1.3 prevenzione, diagnosi e terapia della patologia legata alla menopausa;

1.4 prevenzione della gravidanza indesiderata e certificazione finalizzata all'interruzione volontaria di gravidanza;

1.5 prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;

2.1 tutela e promozione della salute del bambino e dell'adolescente effettuata dai pediatri di base, dai consultori dell'attuale servizio materno-infantile, dalle unità operative di medicina e pediatria di comunità, dalle divisioni pediatriche dell'Ospedale S. Eugenio e dagli ambulatori e day hospital a esse collegati;

2.2 promozione, esecuzione, sorveglianza delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative;

2.3 sorveglianza igienica di ambienti, arredi, alimenti nelle comunità educative pubbliche e private;

2.4 programmazione, attuazione e verifica delle iniziative di educazione sanitaria sia del singolo che all'interno delle comunità educative;

2.5 identificazione e controllo dei criteri per l'ammissione e l'allontanamento dalle comunità scolastiche;

2.6 tenuta dei registri dei soggetti affetti da malattie croniche e organizzazione degli interventi terapeutici e assistenziali a essi destinati;

2.7 programmazione, attuazione, registrazione e verifica di screening;

3.1 tutela della salute mentale e riabilitazione nell'età evolutiva, ivi compresi gli interventi in favore dei portatori di handicap sia neuromotori, che neuro-sensoriali, che organici effettuate dalle unità operative di salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva;

3.2 gestione del disagio psichico degli adolescenti, ivi compresi gli interventi di prevenzione della tossicodipendenza e del disagio familiare;

4. gestione di un sistema informativo comprendente un settore epidemiologico e la verifica di qualità.

Articolo 3. Struttura.

Confluiscono nel D.M.I. e ne fanno parte a pieno titolo le seguenti unità operative e il relativo personale a rapporto di dipendenza o a contratto:

1) I **consultori** familiari con tutte le loro componenti professionali: pediatri, ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici, assistenti sociali, altro personale paramedico e amministrativo;

2) Le unità operative di **medicina pre-**

ventiva dell'età evolutiva (medicina scolastica e pediatria degli asili nido) con tutte le loro componenti professionali: pediatri, medici scolastici, psicologi, assistenti sanitarie visitatrici, assistenti sociali, altro personale paramedico e amministrativo;

3) Le unità operative di **salute mentale e riabilitazione per l'età evolutiva** con tutte le loro componenti professionali: neuropsichiatri infantili, psicologi, tecnici della riabilitazione, assistenti sanitarie visitatrici, assistenti sociali, educatori professionali, altro personale paramedico e amministrativo;

4) L'**ostetricia-ginecologia** operante nei poliambulatori con tutte le sue componenti professionali: ginecologi, ostetriche, infermiere professionali;

5) I **pediatri di base** e il personale del servizio di medicina di base che si occupa della gestione della convenzione pediatrica;

6) Le **divisioni pediatriche** dell'Ospedale S. Eugenio e gli ambulatori da queste dipendenti, con il relativo personale medico e paramedico;

7) la **divisione di ostetricia-ginecologia** dell'Ospedale S. Eugenio e gli ambulatori da questa dipendenti, con il relativo personale medico e paramedico.

Articolo 4. Organizzazione e coordinamento - Il Consiglio di Dipartimento.

Coordina ciascuno dei **settori 1 e 2** di cui all'art. 3 un dirigente, medico di I o II livello, a tempo pieno operante nel settore stesso e nominato dal Direttore Generale con un incarico temporaneo di 3 anni rinnovabili.

Coordina il settore 3 un dirigente medico (neuropsichiatra) o psicologo di I o II livello, a tempo pieno operante nel settore stesso e nominato dal Direttore Generale con un incarico temporaneo di 3 anni rinnovabili.

Coordina il settore 4 un medico specialista ambulatoriale della branca di ostetricia e ginecologia operante nella Az. USL Roma C e nominato dal Direttore Generale, sentite le organizzazioni sindacali, retribuito a parte per questo incarico in regime di plus orario, con un incarico temporaneo di 2 anni rinnovabili.

Coordina il settore 5 un pediatra di base operante nella Az. USL Roma C. e nominato dal Direttore Generale, sentite le

indicazioni delle organizzazioni sindacali e dei gruppi organizzati di pediatri, retribuito a parte per questo incarico secondo la tariffa oraria spettante ai medici specialisti ambulatoriali, con un incarico temporaneo di 2 anni rinnovabili.

Coordina ciascuno dei settori 6 e 7 un primario operante nelle divisioni di pediatria e di ostetricia-ginecologia dell'Ospedale S. Eugenio.

I 7 coordinatori costituiscono il **Consiglio di Dipartimento**.

Compito prioritario del Consiglio di Dipartimento è la revisione dell'attuale organizzazione dei vari settori e servizi che confluiscono nel D.M.I. al fine di realizzare l'integrazione e la razionalizzazione di cui all'art. 2.

Il Consiglio di Dipartimento si riunisce almeno tre volte all'anno. Nell'ultima riunione dell'anno stabilisce:

- 1) il programma dell'attività del D.M.I. per l'anno successivo, articolato in progetti, le modalità di attuazione e valutazione secondo indicatori di ogni singolo progetto;
- 2) il programma di aggiornamento professionale dei singoli settori e quello in comune per tutti i settori.

Articolo 5. Direttore del D.M.I.

Il Consiglio di Dipartimento è presieduto dal **Direttore del D.M.I.**, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda USL, scegliendo fra i dirigenti medici di II livello appartenenti al D.M.I. con un incarico temporaneo di 5 anni rinnovabili (art. 15 dl 502/92 e succ. modif.). Il Direttore del D.M.I. è coadiuvato da un ufficio tecnico amministrativo di supporto delle sue attività.

Articolo 6. Sistema distrettuale.

L'Azienda USL Roma C eroga i servizi di competenza del D.M.I. principalmente attraverso i **Distretti** intesi come articolazioni territoriali e funzionali dell'Azienda. Nel Distretto, pertanto, il personale del D.M.I. costituisce un'unità operativa che dipende direttamente dal Direttore del Distretto per lo svolgimento delle attività indicate nel programma dell'Azienda USL; al Direttore del D.M.I. spettano le indicazioni generali circa l'impostazione

tecnico-scientifica delle attività e la valutazione dei risultati ottenuti.

Il sistema distrettuale è costituito da un **Centro di Distretto** e da una serie di **sedì periferiche** che al Centro di distretto fanno capo.

Nel **Centro di Distretto** hanno sede:

- a) il **consultorio "centrale"**, comprendente le attività di tutela della salute della donna, della coppia e del bambino nella fase preconcezionale e della gestazione; di prevenzione della gravidanza indesiderata e certificazione per l'IVG; di promozione ed esecuzione delle indagini per la diagnosi precoce dei tumori femminili; di prevenzione, diagnosi e terapia della patologia legata alla menopausa; di diagnosi e cura della patologia dell'apparato genitale femminile; il centro adolescenti; la pediatria consultoriale di comunità; il servizio di vaccinazioni e l'anagrafe vaccinale distrettuale;
- b) la **pediatria e medicina di comunità** operante nelle scuole, negli istituti e negli asili nido;
- c) l'unità operativa di **salute mentale e riabilitazione** dell'età evolutiva.

Fanno capo al Distretto, per quanto attiene all'organizzazione, al coordinamento e alla verifica di qualità, pur avendo sede fuori del Centro di distretto:

- a) gli studi dei **pediatri di base** (assistenza pediatrica individuale, comprese, dove è possibile, le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate);
- b) i **consultori familiari** (tutela della salute della donna, della coppia e del bambino nella fase preconcezionale e della gestazione; prevenzione della gravidanza indesiderata e certificazione per l'IVG; promozione ed esecuzione delle indagini per la diagnosi precoce dei tumori femminili, prevenzione; diagnosi e terapia della patologia legata alla menopausa; diagnosi e cura della patologia dell'apparato genitale femminile).



CALCOLO DEI LETTI PER LA TERAPIA INTENSIVA

Non c'è alcun accordo sul numero di letti necessari per la terapia intensiva pediatrica, cioè dei bambini fino ai 15 anni.

La British Paediatric Association, nel 1987, ha suggerito 1 posto letto per 48.000 bambini, sulla base di una ricerca "storica" sull'utilizzo dei letti. Successivamente, sempre in Gran Bretagna, è stato proposto da 1 letto ogni 70.000 bambini a 1 ogni 26.000.

Negli USA, nel 1992, è stato proposto 1 letto ogni 30.000 bambini.

Come si vede, non c'è a questo proposito il minimo accordo.

I criteri per definire la necessità di una terapia intensiva (TI) possono essere così riassunti: il bambino deve avere bisogno almeno di una delle seguenti procedure: Intubazione tracheale, Ventilazione meccanica, Monitoraggio invasivo arterioso o venoso centrale, Infusione di farmaci vasoattivi.

Per rendersi conto di quali e quante siano le necessità in tale ambito, è stata condotta una indagine nell'Inghilterra del Nord con una popolazione di 550.000 bambini (*Arch. Dis. Child.* 995; 73 : 505).

I ricoveri riscontrati in un anno sono stati 563: cioè, circa 1 ogni 1.000 bambini.

Il numero medio di posti letto occupati per emergenza è risultato, sempre per i 550.000 bambini, pari a 12; ciò equivale alla necessità di 24 posti letto per 1.000.000 di bambini, vale a dire 1 ogni 41.000.

Ciò corrisponderebbe grosso modo, per l'Italia (rapporto popolazione generale: 0-15enni=6,5-8,5), a una previsione di presenza media di bambini in TI di 3 - 3,5 ogni 1.000.000 di abitanti.

Nel calcolo, occorre però tenere presente la necessità di una disponibilità di posti letto tale da far fronte alle fluttuazioni e bisogna ancora tenere conto che, quanto più si restringe l'ambito territoriale, tanto più è necessario avere margini di agibilità che comportino una previsione di minore occupazione media di posti letto. In sostanza, più si moltiplicano le sedì di TI più occorre moltiplicare l'effetto "letto vuoto".

Così, calcolando la distribuzione di Poisson: per un ambito di 100.000 bambini è consigliabile una dotazione di 4 posti letto, in un ambito di 250.000 si consigliano 10 posti letto, per 500.000 bambini è bene averne 16 e 1.000.000 di bambini abbisognano di 27 posti letto.

G. B.

/ livelli uniformi (minimi?) di assistenza

di Giancarlo Biasini

La quota capitaria che lo Stato attribuisce alle Regioni sulla base della popolazione (attualmente £ 1.350.000 circa) viene assegnata dal Ministero della Sanità limitatamente ai *livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale* (D. L. 502/92 e Decreto Sanità 24 dicembre 1995).

La USL di residenza del cittadino, perciò, dovrebbe essere pagante delle Aziende ospedaliere nei limiti di quanto è previsto dai livelli uniformi, i quali rappresentano, quindi, *la garanzia minima che lo Stato egualmente offre a tutti i cittadini*.

L'elevazione dei livelli uniformi, in teoria, può essere deliberata dalle Regioni destinando a questa elevazione quote di finanziamento suppletivo; oppure i livelli uniformi possono essere elevati dal cittadino, direttamente o attraverso la stipula di contratti assicurativi.

È abbastanza evidente, quindi, che tutto il sistema della quota capitaria si regge attraverso la definizione dei livelli minimi di assistenza e che non possono esistere trattamenti diversi a seconda della residenza in Lombardia o in Calabria.

Purtroppo, non è affatto chiaro quali prestazioni assistenziali rientrino nei livelli minimi uniformi e, ovviamente, quali ne siano escluse: in particolare, quali patologie sono comprese; e, non solo, ma - come si vedrà più avanti - anche quali pazienti affetti da quale patologia vi si considerino dentro.

Il problema non è chiarito dal decreto 24.12.1995, il quale stabilisce che per l'assistenza di base, ad esempio, le prestazioni garantite sono la *visita ambulatoriale, domiciliare, la certificazione, la prescrizione di farmaci, la richiesta di visite*

specialistiche e di indagini diagnostiche, la proposta di ricovero, l'invio a cure termali.

In apparenza tutto sembra garantito ma, in verità, la *prescrizione farmaceutica* a carico del SSN è soggetta ai limiti stabiliti dalla CUF e le *cure termali* hanno esse pure precisi limiti. Quindi, anche se, leggendo il sopracitato decreto sui livelli uniformi, sembrerebbe che l'intera attività di tutti i medici e di tutte le unità operative del SSN dovesse essere garantita dal Fondo Sanitario Nazionale, non può essere così. Non sembra possibile che *tutte* le prestazioni vi rientrino perché allora non vi sarebbe necessità di definire dei livelli; come non appare possibile che tutte le patologie vi rientrino perché in tal caso anche la liposuzione, come terapia della obesità circoscritta, vi rientrerebbe. Il decreto ministeriale risulta pertanto inutile o per lo meno inefficace.

Per spiegarci meglio, porteremo qualche esempio discusso in un paese della CEE, l'Olanda, derivandolo dalle risultanze di una commissione governativa che ha lavorato su un problema affine (*Choices in health*):

1. Il pilota d'auto che corre a 300 km orari (ma in genere tutti gli sportivi) ed è coperto, perciò, da corpose assicurazioni ha diritto all'assistenza dello Stato se si produce danni in corsa o in allenamento?

2. Il fumatore (che conosce perfettamente i rischi del fumo) ha lo stesso diritto del non fumatore all'assistenza per la patologia respiratoria? Lo stesso vale per la cirrosi dell'alcolista.

3. La fecondazione artificiale e la procreazione assistita devono essere ambe-

due garantite? o una sola tra esse? o nessuna delle due?

4. La psicoterapia (e, allo stesso modo, la fisioterapia) deve essere garantita? E, se sì, il numero delle sedute per anno deve essere limitato? A quante sedute? Con quale criterio?

5. I farmaci omeopatici per la diarrea (per la quale esiste almeno una documentazione di efficacia) devono essere garantiti? Lo stesso discorso si può fare per l'agopuntura e l'emicrania o l'asma bronchiale.

6. La chirurgia estetica deve essere sempre negata?

In conclusione, è abbastanza chiaro che, in assenza di regole, il contrasto fra la finitezza delle risorse (la quota capitaria) e la disponibilità di queste in mano ai medici (se di regole non ve ne sono) o alle USL (se ognuna si dà proprie regole) può produrre gravi danni alle garanzie finanziarie e sanitarie. Aumentando il numero delle prestazioni, qualcosa d'altro deve per forza contrarsi. I livelli di assistenza sono perciò uno strumento necessario proprio in presenza di risorse definite o, come si preferisce dire, finite.

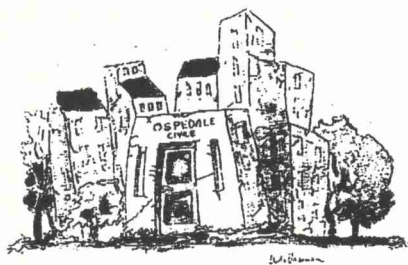
Ed è altrettanto chiaro che i livelli minimi di assistenza vanno definiti a livello nazionale proprio perché si definiscono *uniformi in tutto il territorio nazionale*.

Di fronte, però, a un'eventuale, anzi quasi certa, latitanza del Ministero (che considererà esaurito il suo compito con il decreto del 24.12.95), la conferenza Stato-Regioni non potrà non assumersi le proprie responsabilità.

A tal fine, in qualche Regione si è cominciato a lavorare attorno alla definizione dei livelli.

'O PETRIATRICO D'E CRIATURE

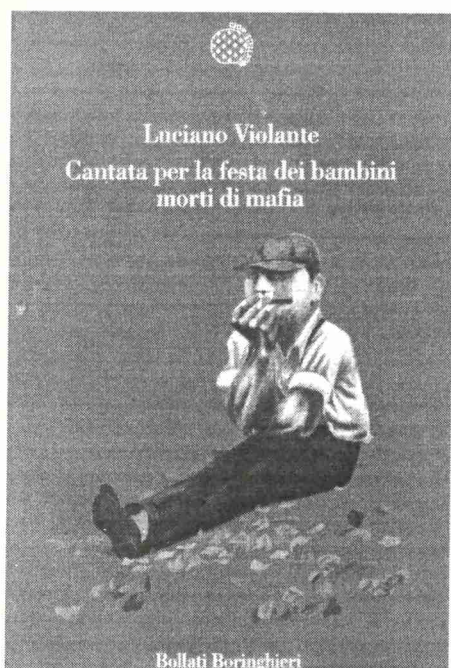
Racconti inediti



Adriano Gallina Editore

Aldo Misuraca è un pediatra di Portici che ha effettivamente fatto quello che ogni medico, almeno 10 volte nella vita, ha detto di volere fare. E, di solito, non ha fatto. Ha tenuto memoria di quanto di straordinario gli è accaduto nella professione di pediatra (o magari anche solo di quello che lo fatto sorridere) e lo ha annotato. Ora lo pubblica. Dalla routine ospedaliera alle guardie di pronto soccorso (il pronto soccorso è un happening fatto di straordinarie verità, e non solo a Napoli, o a Torre Annunziata: è quindi vero teatro), dagli svarioni lessicali della gente, coloriti dal dialetto napoletano, alle terapie farmacologiche reinterpretate o corrette dalle nonne. Una vita da pediatra, fra *nennilli e piccirilli*, fra *cacarelle e nozzoli*, fra *patanelle arrossate e tosse confusa*, in un vociare di popolani, incerti fra *pavura e maluocchio*, in un mondo frequentato da guappi e da "affiliati" e da, talora, protettivi boss di periferia. Il napoletano (più sopra abbiamo scritto "dialetto", ma che sia una lingua, oltre che dirlo Luigi Greco, lo hanno scritto i glottologi) aggiunge al libretto quella vitalità e quel colore che non avrebbe se fosse scritto in italiano.

Aldo Misuraca. **'O Petriatrico de' criature**
Adriano Gallina, Napoli. Pagg. 60. £. 5.000



Altissimo esempio di poesia civile, è la "Cantata per la festa dei bambini morti di mafia" di Luciano Violante, vicepresidente della Camera dei deputati ed ex Presidente della Commissione parlamentare antimafia. Mancava il modo di ricordare il nome di tutti i morti di mafia, spezzando il rituale dell'inutile e spento elenco come da lastra marmorea.

Luciano Violante dipinge un affresco di incantevole bellezza, dove incontri Torre, Dalla Chiesa, Libero Grassi, Don Peppino Puglisi e tutti, tutti gli altri, chi a chiacchierare chi a preparare la festa, il corteo per i bimbi... "Fava, Francese e De Mauro scrivevano canzoni per i bambini, facili da ricordare".

Quasi moderna e tragica/allegria Spoon River, trovi personaggi dipinti con rapida pennellata, nella loro eleganza sublime e nella loro semplicità "non sono sbirro né giudice, non sono politico / cazzuolaio sono / alla giornata campo quando mi chiamano / e m'hanno sparato per sbaglio / è normale / perché nacqui per sbaglio da mio padre ubriaco / di fatica / e mia madre timorata di Dio..." o ancora "Madonna, se mi vedesse Concetta con tutta questa gente importante / sì, le palle - si disse - se erano vivi / quanti mi avrebbero salutato? è che mo' siamo morti / è che perciò siamo uguali..."

Poesia leggera e gentile.. "un vento / ci vuole un vento che passi per tutta l'Italia / suggeriscono in un fiato le donne / che come il soffio di quei bambini con le palle di biancospino / sospinga il coraggio e l'indignazione / faccia lievitare la dignità / e la voglia di libertà..."

Altissima poesia civile, dicevo, e mi torna in mente quel bellissimo verso sulla strage di Portella della Ginestra... "Repubblica, potevi nascere meglio".

Gli stili si intrecciano rapidi e quasi dantescoamente si succedono quello tragico e quello comico e basso, quando, ad esempio, si sentono i topi di fogna protestare per l'invasione di politici e finanziari, giornalisti e giuristi... di loro assai più voraci / che immediatamente / come formiche impazzite / litigarono / per la conquista di un cesso sbrecciato / di una lavatrice bucata / di una carcassa d'auto..."

Ora tersa e gentile, la poesia attraversa le mille città italiane, invase dal vento... "Nelle città pulite / i balconi si riempiono di lenzuoli / le strade di fiori / di serenità / e di amicizia", "che non debbano ancora aspettare / i bambini morti di mafia, per riposare".

Si chiude il poemetto, tacciono i bravissimi giovani attori recitanti. L'oratorio ha fine nella chiesa silenziosa e commossa. Con un groppo alla gola si muove lento l'uditorio, ferma la coscienza e il cuore a fare la sua parte di vento.

Geppino Fiorenza

Luciano Violante, **Cantata per la festa dei bambini morti di mafia**
Editore Bollati Boringhieri, Torino, pagg. 76, £ 12.000.



Lui è Sidi (citato il nome completo), nato nel 1987 a Nouakchott. Come molti altri bambini, è stato mandato negli Emirati per fare il fantino nelle corse di cammelli, gare molto apprezzate nei ricchi Emirati. E probabilmente anche per qualche meno nobile motivo.

La sua storia è iniziata un giorno di luglio del 1994, quando un "rispettabile sceriffo" (citato il nome) è andato a trovare suo padre per proporgli di mandarlo negli Emirati, appunto.

"All'origine di questo traffico, dice lo sceriffo, ci sono il custode della scuola Saada del primo distretto e un poliziotto (citato il nome). Sono stati loro che lo hanno preso e sono sempre loro che lo hanno riportato a casa dieci mesi dopo".

Due sono le strade utilizzate per questo traffico: i bambini viaggiano con donne a conoscenza dell'affare, che li dichiarano come figli propri, grazie a passaporti falsi e a poliziotti compiacenti, come nel caso di Sidi e di un altro bambino, accompagnati da una donna (citato il nome) che andava a trovare il marito negli Emirati. Se non si riesce a trovare un aereo, vanno via terra, attraverso il Niger e il Mali fino al Golfo Persico. E così è stato per il viaggio di ritorno di Sidi.

Come nel caso delle altre famiglie povere, anche il papà di Sidi è stato convinto dai reclutatori (gli *orchi*) ad accettare, con il sogno di studi pagati e poi perché "Quelli che li hanno richiesti sono persone rispettabili e buoni musulmani che quindi non possono né maltrattare né vendere bambini" (sic!).

Così Sidi è partito. Il papà aspettava sue notizie ma per diversi mesi non ha ricevuto nulla: neanche il denaro pattuito. "Quando ho insistito con la sua "mamma" di viaggio mi ha mandato una cassetta per dirmi che stava bene. Suo marito, che avrebbe dovuto ospitarlo, ha consegnato Sidi a un pachistano e con lui è rimasto. Io ho ricevuto solo 20 mila um mentre avrei dovuto averne 40 mila per ogni mese". La donna sostiene di non essere stata a conoscenza del traffico partendo per gli Emirati con Sidi ma di essersi limitata a consegnare il passaporto a un poliziotto che conosceva e che le avrebbe facilitato le cose. Le avevano detto di dire che i due bambini erano suoi figli.

Il papà di Sidi è stato convinto a far partire il suo bambino anche da quanto le aveva raccontato questa donna. "Quando mi ha detto che anche suo figlio, come tanti altri, era partito, che non sarebbe stato solo e che si sarebbero avute sempre sue notizie ho pensato che fosse vero. Così il mio bambino sarebbe stato educato meglio all'estero. Inoltre lo avrebbero pagato per le corse che avrebbe fatto come facevamo noi da giovani quando si organizzavano le corse negli accampamenti. Così, sono andato insieme a lui per firmare una procura in tribunale". Ma nella procura non si accenna alla durata del viaggio di ...studio né al compenso mensile promesso al papà ma solo alla libertà concessa alla mamma di viaggio di disporre a suo piacimento di Sidi. "Ma se non avessi avuto questa procura non avrei potuto denunciare il fatto come è successo alla mia vicina che ha lasciato partire il suo bambino e adesso non ha sue notizie e non sa nemmeno se è vivo o morto".

Molti che hanno i figli laggiù non possono parlare per paura di nuocer loro. Alcuni di questi bambini sono ritornati ma con gravi menomazioni, conseguenze di rovinose cadute dai cammelli lanciati a tutta velocità.

"La giustizia non farà il suo corso, per questo non perdiamo tempo a lagnarci. Il governo è a conoscenza di questa situazione e quindi ne è responsabile. Come lo sono i poliziotti e i responsabili dei tribunali".

"Al suo ritorno, per tutti gli schiaffi che aveva ricevuto, Sidi aveva le orecchie che colavano pus e cicatrici e segni di frustate su tutto il corpo", dice il suo papà.

Nel 1988 questo traffico è stato per la prima volta denunciato e, con la liberalizzazione della stampa, nel 1991 le autorità sono state costrette a renderlo più o meno illegale. Ma da tale data si è trasformato in un vero e proprio commercio, con intermediari che ne hanno ora grossi utili per la accresciuta rischiosità. Quanti sono i Sidi finiti in groppa ai cammelli (i più fortunati!), quanti sono tornati, quanti sono morti? Non si sa.

A M'Gueizira e nel primo distretto sono una decina quelli dei quali si ha notizia.

Soltanto in tre sono ritornati tra quelli partiti dal 1988 (fra questi Sidi).

A chi rivolgersi? A chi chiedere giustizia per questi bambini costretti all'esilio dalle loro famiglie povere e dai loro negrieri (*orchi*)? Chi potrà mettere fine a questo commercio fra la Mauritania e il Golfo Persico, due regioni in cui la mentalità è ancora quella dell'epoca dei mercati di schiavi?

SIDI, ANNI 7: CARNE DA COMMERCIO

Racconto (vero) riportato dalla rivista Le Calame (Mauritania) autore Hindou Mint Ainina, in collaborazione con Sos Escalves.

Nella storia di Sidi, a differenza di quella di Pollicino, l'orco non muore. Sarebbe bello immaginare Sidi a capo di una pattuglia di tanti piccoli come lui che, in groppa ai cammelli, circondano la grande tenda dell'orco e squarciandola lo mettono in fuga nel deserto. Ma così non è. Il riscatto e la redenzione non sono scontati. Per ora, vincono gli orchi e, del resto, non potrebbe non essere così poiché in ciò sta la differenza fra le favole e le storie della vita! (n.d.r.)



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 e 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 Ghirrotti 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.

ACPLAZIO - Gruppo Pedibas - Lettera Pediatrica

V CONVEGNO - PERCORSI DIAGNOSTICI - INCONTRI RAVVICINATI

Roma, 23 marzo 1996 ore 9 Univ. Urbaniana - Via Urbano VIII, 16

PROGRAMMA

La genetica vista dal pediatra (P. Durand)

Percorsi diagnostici (moderatore F. Panizon)

Le cefalee

(R. Cannavò - E. Coltura, - V. Guidetti)

Le artriti

(L. Marolla, - L. Oliviero, L. Lepore)

Incontri Ravvicinati:

(moderatore G. Bartolozzi)

Ospedali e pediatri di base "S. Eugenio":

L'ospedale chiama: un esperimento di collaborazione: B. Boscherini

"Bambin Gesù": un grande ospedale, un piccolo gruppo di medici: un progetto da realizzare insieme (Orzalesi)

Divisione di Pediatria di Latina: perché i bambini vengono ricoverati? il ruolo dei diversi attori nel processo decisionale

(L. Pantano)

Divisione di Pediatria di Viterbo: neonati presto a casa (F. Cordelli)

Azienda USL Roma E: Un'esperienza pilota di dimissione protetta (B. Tallarida).

È vietato..... (C. Vignuda)

Percorsi diagnostici

(moderatore P. Alcaro)

L'orticaria ricorrente

(F. Marolla, R. Cutera, R. Ronchetti)

Le infezioni delle vie urinarie

(T. Gazzotti, R. Zand, G. Rizzoni)

Segreteria scientifica e organizzativa:

Gruppo Pedibas Roma

via Etruria 65 - 00183 Roma

tel. 06/70.49.75.87

Iscrizione: entro il 10.3.96 £ 100.000
oltre il 10.3.96 £ 120.000.

Al Convegno non saranno presenti sponsor, né stand.

ACP Palermo

XXIII CORSO DI FORMAZIONE PERMANENTE IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Palermo 8/9 marzo 1996

PROGRAMMA

Domande e risposte in tema di:

- a) Pneumologia
- b) Allergologia
- c) Pediatria generale

Discussione su casi clinici

- a) "Dell'allievo"
- b) "Del maestro"

Docenti del corso:

Franco Panizon e Giorgio Longo

Per mantenere le modalità didattiche interattive che lo hanno sempre caratterizzato, il numero massimo di iscrizioni al corso sarà di settanta pediatri.

Tassa di partecipazione: £ 300.000, da versare solo dopo la accettazione della domanda di iscrizione con modalità che saranno comunicate.

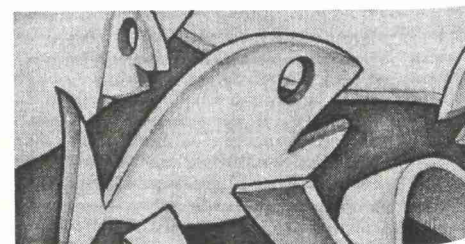
Domanda di iscrizione da spedire a Rosario Ferracane via Gregorio Ugdulena, 25 - 91022 Castelvetro (TP)

Cognome.....
Nome
anno di nascita
indirizzo
città
CAP..... prov..... Tel
..... fax.....

Ospedaliero: Ambulatoriale

Iscritto alla ACP: si no

La domanda dovrà pervenire entro il 29 febbraio 1996.



**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 - assessorato 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 partecipazione 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 3 al 12 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.

3/6 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)

4/6 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)

5/6 Campionamento: semplice, stratificato, per fasi, per "cluster", sistematico. Dimensione del campione. Costi e fattibilità. (RB)

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

7/6 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)

8/6 Tipi di BIAS: selezione, misurazione, classificazione. Confounding. Come controllare BIAS e confounding, o ridurne l'effetto. Standardizzazione e stratificazione. Analisi di sopravvivenza. (AC)

9/6 Screening: sensibilità, specificità, valori predittivi. Validità intrinseca ed estrinseca di uno screening. Relazione tra screening e programma di intervento. (MC)

10/6 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)

11/6 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)

12/6 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 vitto e alloggio, 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



HANDICAP. NON CI RESTA CHE PIANGERE

Tante parole, tante leggi, tanta pubblicità ma il problema handicap non trova soluzioni efficaci. Si parla di integrazione, di assistenza ma il portatore di handicap e la sua famiglia continuano a trovare solo indifferenza o pietismo. L'handicappato è invece una persona con dei diritti ben definiti, che non deve conquistare ma che gli spettano, come ad ogni altro cittadino. Handicap vuol dire parlare alle coscienze ma può voler dire pure pubblicità a basso costo. A Napoli, per esempio, il luna park ha organizzato la giornata dell'handicappato con grande risonanza su tutti i giornali. Il giorno x tutti i portatori di handicap gratis al luna park. E per gli altri 364 giorni dell'anno i bambini con handicap al luna park non ci possono andare e non perché si paga ma perché devono fare la fila come gli altri in spazi assolutamente non accessibili alle sedie a rotelle (le famose barriere architettoniche).

Esistono leggi ben fatte che dovrebbero permettere l'integrazione dei bambini handicappati a scuola con maestre di sostegno. Quanti riescono ad ottenere quello che la legge ha sancito? Pochi bambini, almeno a Napoli, dove nonostante gli sforzi del nuovo Provveditore agli studi le maestre di sostegno sono nominate con grave ritardo per puri cavilli burocratici. Vengono scelte secondo un conteggio di ore di assistenza per scuola e poco importa se è necessario comporre dei complicati puzzle di orari in sede diverse; poco importa se i bambini il primo giorno di scuola non trovano la loro maestra di sostegno o se ogni anno è sempre diversa. La loro maestra deve rispondere alle esigenze dell'istituto e non alle loro. Si tratta solo di sostegno per cui il resto delle ore i bambini dovrebbero essere seguiti dalle maestre della classe. Ma troppo spesso questi bambini sono rifiutati se manca la maestra di sostegno e il loro problema viene sottolineato ancor di più agli occhi dei compagni (questa è l'integrazione).

È necessaria una scuola che guardi al bambino e si modelli sulle sue esigenze e non solo alle graduatorie.

È previsto un contributo economico (per l'accompagnamento) per le famiglie con

bambini handicappati ma quello che veramente serve sono i servizi; serve accompagnare i bambini ai centri di riabilitazione, a scuola, alle gieste, al cinema, serve stare con loro e con le loro famiglie per scaricare ansie e responsabilità.

Tommaso Montini, Napoli.

Ogni bambino handicappato ha un suo pediatra. Dovrebbe purtroppo avere anche un suo avvocato, un difensore, ma questa funzione può per ora essere svolta anche dal pediatra?

Probabilmente sì, ed è per questo che nei nostri periodici incontri di aggiornamento culturale in cui parliamo di diarrea e di asma apriamo ogni volta una finestra sull'handicap, per dare informazioni, suggerimenti, per far sì che anche i bambini handicappati abbiano una loro dignità. Pertanto ai pediatri chiediamo di dedicare più tempo a questi bambini e alle loro famiglie; a Quaderni ACP chiediamo che si parli di handicap dalla parte dei bambini, per tutelare "veramente" i loro interessi.

Luciano De Seta

BERT - CIOTTI: BOTTA E RISPOSTA

Cari amici di *Quaderni*, se il mio articolo ha suscitato almeno in qualche lettore reazioni come quella che Francesco Ciotti ha manifestato sui *Quaderni ACP* (3/4 1995), sono ben contento di averlo scritto: si trattava infatti di una provocazione buttata giù in un momento di incazzatura, tipo per intenderci "L'Avvelenata" di Guccini, non certo di una presa di posizione o di una resa, ci mancherebbe...

Momenti del genere capitano, nel nostro lavoro: ci domandiamo chi ce lo fa fare, poi ci riflettiamo su e finiamo col dirci, come Ciotti, che certe cose bisogna farle, ci piaccia o meno, perché: insomma, l'abbiamo scelto noi questo mestiere, mica ce l'ha ordinato il medico...

No, non è ancora tempo di andare in pensione, né di fuggire all'estero e neanche di rifugiarsi in un esercizio "asettico" della professione, anche se la tentazione ogni tanto viene: al contrario, l'attività che ho deciso di svolgere nel campo del counsel-

ling in medicina ha proprio il senso di allargare la riflessione sull'etica della nostra professione.

Personalmente sono convinto che la formazione al counselling sia innanzi tutto formazione alla libertà. Contribuire a difendere in questa società il diritto a essere liberi è, per usare la terminologia di Ciotti, "di sinistra"; in un momento come l'attuale ciò costituisce una linea di resistenza da difendere con ogni mezzo.

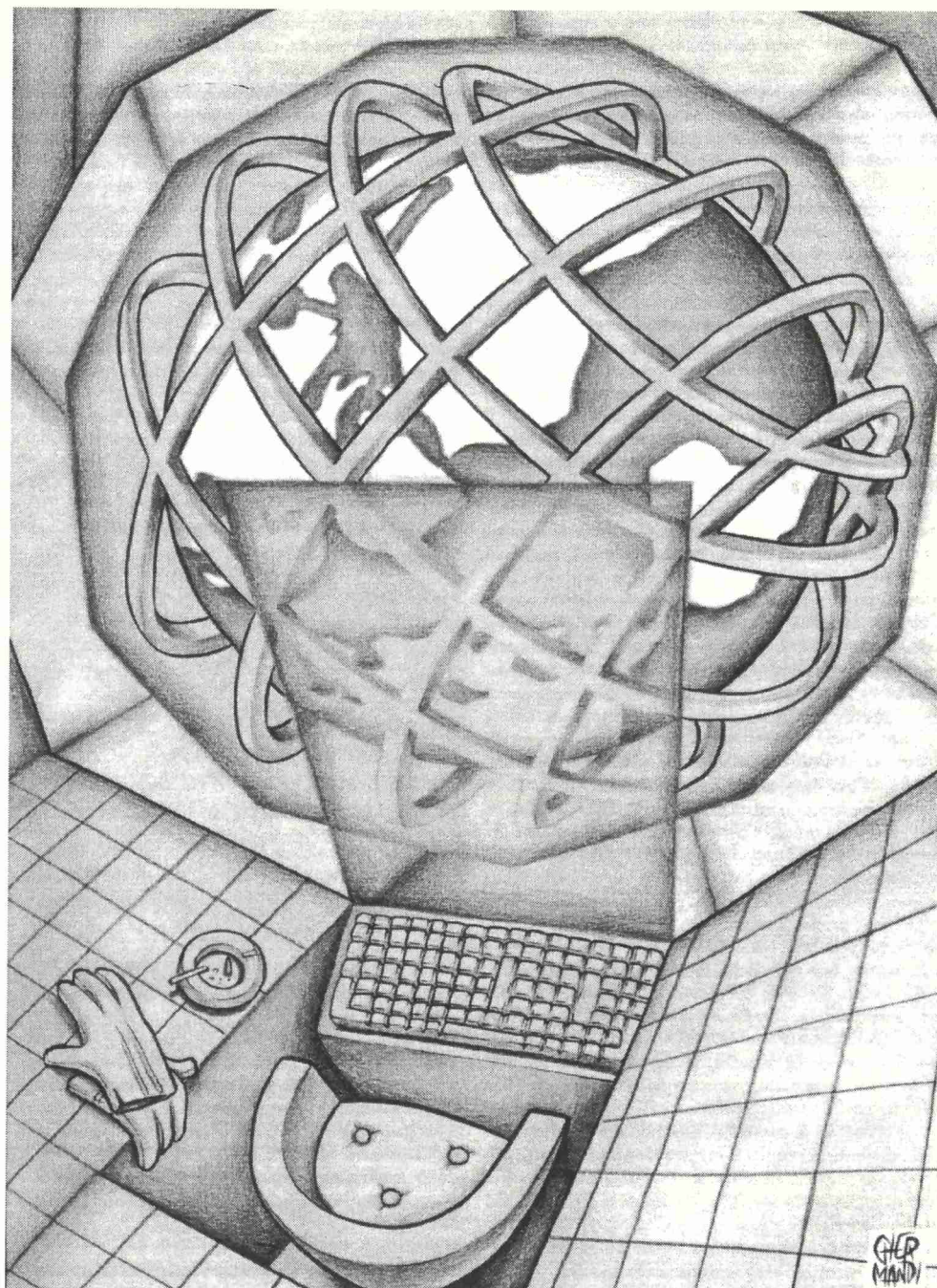
È una buona medicina per i momenti di incazzatura (non di sconforto: non tendo affatto alla depressione) pensare che c'è chi la pensa come Ciotti, e agisce, immagino, di conseguenza.

Giorgio Bert

Caro Bert, credo che la "tua e poi la nostra provocazione" possa servire ai nostri colleghi e forse soprattutto a noi stessi. Ma c'è una frase della tua lettera che mi ha molto colpito e sulla quale vale la pena forse continuare a discutere, quando dici "Personalmente sono convinto che la formazione al counselling sia innanzi tutto formazione alla libertà". Sono d'accordo e aggiungo "formazione all'essere professionisti ma soprattutto a essere uomini fino in fondo. Che cos'è infatti il counselling se non l'incontro con un "altro" che ti fa prendere consapevolezza del tuo "come sei", "come fai", "come senti", non quindi saper fare o saper essere o saper sentire, ma invece sapere sul proprio saper fare o saper essere o saper sentire. Mettersi in posizione "meta", come si suol dire oggi, rispetto a se stessi e rispetto alle proprie relazioni con gli altri, per aumentare la consapevolezza delle proprie procedure comportamentali o emotive e da ciò poter aumentare i gradi di libertà del proprio essere. Questa attività "meta" è propria dell'uomo e della sua neocorteccia. Non appartiene a nessuna altra specie, è alla base dei cambiamenti delle persone, dei gruppi e delle grandi civiltà. Sperimentalmente non è riscontrabile invece nelle persone con disturbi gravi della personalità e forse neppure nei gruppi di uomini quando lottano fra loro presi dalla furia agonistica, primitiva, paleocorticale, di "destra", della guerra per il dominio o della competizione per il successo.

Francesco Ciotti

Ausili didattici



all'interno:

- *Leggere & fare:* Segnalazioni pratiche per persone pratiche
- *Aggiornamento avanzato:* il trapianto allogenico di cellule staminali da cordone ombelicale
- *Il Saper fare:* Occuparsi insieme del fibrocistico II parte
- *Il Saper fare:* Come presentare una comunicazione scientifica
- *ABC in pratica:* Linee guida per la lettura di un rx toracico
- *Informazioni per genitori e pazienti:*
Prevenzione delle convulsioni febbrili
- *Informazioni per genitori e pazienti:*
Bambini e sanità la caccia è sempre aperta

Un libro di pediatria senza le malattie?

di Giancarlo Biasini

Un libro di pediatria senza le malattie? Un libro per il pediatra senza OMA, OME, OMAR, le tre immarcescibili *Parche* che tessono l'eterno filo della vita (e della morte) del pediatra ambulatoriale?

Si può. Giorgio Tamburlini e Michele Gangemi, coadiuvati da uno stuolo di collaboratori che operano quasi tutti nella pediatria di base, lo hanno fatto.

Oggi è ormai possibile discorrere dell'attività del pediatra di base con alle spalle una discreta esperienza culturale e organizzativa, che permette di parlare del modo con il quale si esercita la pediatria di base.

Un libro sul *saper fare*, allora? diremmo sul *saper fare* ma anche sul *saper essere*. Perché è difficile saper affrontare, per esempio, la malattia cronica o la famiglia a rischio sociale *essendo* quello che si è sempre stati.

Si può dunque essere pediatri in modo diverso? Certamente sì. Diverso da ieri, diverso da molti altri.

Si può lavorare da soli o in gruppo. Si può dare maggior peso alle malattie (le tre immarcescibili *Parche*), come vorrebbe l'85% dei clienti dell'elenco o si può darle di più a quel 15% di malati più veri che esprimono un *bisogno inevaso*, secondo l'antica (ma quanto vera!) terminologia ACP, o a quelli che non esprimono correttamente alcun bisogno perché non sanno esprimerlo e le cui richieste sono sempre in termini elementari e sono fatte di urgenze, di accessi al pronto soccorso, di ricoveri ingiustificati.

Si può organizzare l'ambulatorio, anche i mobili, anche i poster, in maniera assai

differente a seconda che si preveda l'accesso di lattanti o di preadolescenti.

Ci si può atteggiare in modo diverso, sapendo cosa cercare per un bilancio di salute o per una visita per patologia.

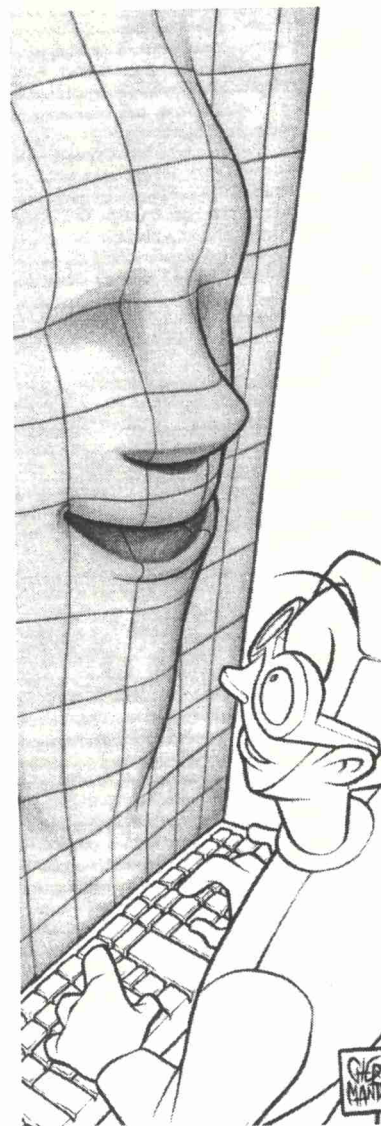
Si possono macinare ore di ambulatorio e giustamente lamentarsene, senza occuparsi di quel che si fa (quanta "efficienza"!) o si possono raccogliere dati, che potranno diventare indicatori di salute individuale e comunitaria o indicatori di valutazione.

La valutazione sembra essere la nuova frontiera della pediatria di base: le proposte attuali, il livello raggiunto dai sistemi suggeriti finora sembrano ancora molto elementari e legati a una concezione *vuer-requistica*, forse decisamente superata e quasi sindacale (quante visite, quante in ambulatorio). Gli indici con cui la pediatria di base deve misurarsi sono, come per tutti, la efficienza ma soprattutto l'efficacia, sia a livello individuale che comunitario.

"Clinicians do not work in vacuum": così ha scritto di recente Richmond, presentando un libro (*Community child health*) di Palfrey che è poi il *president-elect* della Ambulatory Pediatric Association.

Qui, non v'è dubbio che la pediatria ambulatoriale (e non solo in Italia) sia in ritardo. Rimarcarla, recensendo un libro, può essere considerato fuori luogo ma così è.

L'altra frontiera, quella dove si impara facendo ricerca, pare raggiunta, per lo meno nella consapevolezza, dalla pediatria ambulatoriale o da una grossa parte di essa: la realtà, riflessa nel volume di Tamburlini e Gangemi lo sta a provare.



G. Tamburlini, M. Gangemi, *Pediatria di base: metodologie e strumenti*
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
1995, pagg. 209, £ 38.000.

MEZZI DIAGNOSTICI PER INFEZIONE URINARIA NEI "POVERI" DEL MEDICAID

OBIETTIVI. L'obiettivo della ricerca è verificare con quali mezzi viene fatta correttamente nei bambini assistiti dal Medicaid la diagnosi di infezione delle vie urinarie (Ivu) e con quali ricerche per immagini viene approfondita.

METODI: Gli AA sono di Birmingham, il setting della ricerca sono i bambini (<8 anni) residenti in Alabama e assistiti dal Medicaid, che è il servizio che in USA assiste la popolazione "povera", cioè al di sotto di un certo reddito. Tale scelta deriva dal fatto che l'amministrazione del Medicaid tiene memorizzate le diagnosi e le terapie dei propri assistiti.

Al sistema informativo del Medicaid sono stati chiesti per il 1991:

1. i bambini con Ivu;
2. i medici curanti (se pediatri o no);
3. gli esami effettuati per l'accertamento dell'Ivu e la diagnostica per immagini richiesta ed eseguita.

RISULTATI: I bambini studiati sono stati 380 per 404 episodi di Ivu (44% di neri, 56% di bianchi), con una incidenza più alta nei bianchi (0.54%) che nei neri (0.35%). I pediatri sono stati consultati più spesso dai neri che dai bianchi, mentre i generalisti più spesso dai bianchi.

Nel solo 56% la richiesta di esami che ha accompagnato la diagnosi è stato l'esame culturale delle urine; la urocoltura è stata richiesta più frequentemente dai pediatri (67%) che dai generalisti (45%: Odd ratio pediatri vs generalisti 2.05), più nel contesto urbano (64%) che in quello rurale (34%: Odd ratio rurale vs urbano 0.43) ma non diversamente fra i bianchi che fra i neri (Odd ratio 0.957).

Esaminando i bambini che hanno avuto almeno una recidiva, gli AA hanno osservato che è stato esaminato con almeno un'indagine di imaging il 66% dei neri e il 70% dei bianchi; più frequenti le ricerche diagnostiche con immagini nei bambini più piccoli: il 50% dei bambini aveva un'età da 0 a 2 anni. Non v'era differenza, in questo ambito, fra richieste di pediatri e non pediatri.

CONCLUSIONI: Gli AA rilevano che l'utilizzo dell'urocoltura, in aderenza alle linee guida per la diagnosi dell'Ivu, viene sottoutilizzata. Lo stesso vale per la documentazione di eventuali lesioni renali con lo studio delle immagini. Trascurare questa seconda parte degli accertamenti può, secondo gli AA, far perdere la presenza di cicatrici renali, di dilatazioni o di malformazioni. Mancando uno studio di raffronto con una popolazione non assistita dal Medicaid, manca la possibilità di giudicare se le carenze assistenziali sono dovute al sistema di pagamento o ad altro. Certamente, non sono significativamente dovute alla diversa assistenza fornita dai pediatri rispetto ai non pediatri.

COMMENTO: Il recensore ha iniziato a leggere con interesse il lavoro di Fargason et al. perché dal titolo aveva ritenuto che venisse posta sotto esame l'assistenza ai bambini assistiti dal Medicaid rispetto a quella degli altri bambini. In verità, come si è visto, non era questo l'obiettivo di Fargason et al. che hanno scelto il Medicaid solo perché possedeva dati memorizzati.

Due tipi di osservazioni possono essere fatte:

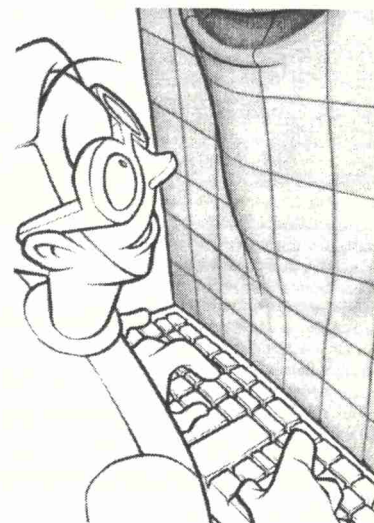
1. riguardo al metodo di diagnosi, ci sono sempre più dati che provano che l'esame delle urine a fresco (batteri e cellule) permette una diagnosi perlomeno altrettanto accurata della cultura. Questo, peraltro, non può essere applicato alla ricerca in questione perché, nel caso l'esame delle urine veniva richiesto al laboratorio, su di esso non poteva essere applicata la ricerca a fresco sia dei germi che delle cellule. Non c'è dubbio, quindi, che fra i due esami effettuati la superiorità era per la cultura. Va anche detto però che un esame delle urine alterato e dei sintomi di Ivu permettono la diagnosi anche senza cultura. *Avremmo qualche dubbio, insomma, a definire come "fuori dalle Guidelines" il comportamento dei medici curanti;*
2. più semplice (forse) il discorso sulle ricerche con immagini. Non c'è dubbio che una Ivu alta, specie se recidivata almeno una volta come erano quelle esaminate nella ricerca, debba essere seguita da indagini di imaging. Una ecografia andrebbe fatta a tutti: una percentuale globale del 32% senza indagini di imaging è certamente al di sotto di qualsiasi credibilità assistenziale.

Il fatto che sia stata fatta nella stessa percentuale a bianchi e neri non significa assenza di discriminazione razziale; può anche significare che i poveri (cioè, nel caso, gli assistiti dal Medicaid) sono tutti eguali, di qualunque colore sia la loro pelle.

C.A. Fargason et al, Patterns of care received by medicaid recipients with urinary tract infections.

Pediatrics 1995; 96:638

PAROLE CHIAVE: Infezioni urinarie.



SHORT

ABSTRACT STRUTTURATI VS ABSTRACT IN STILE NARRATIVO

Sulla pagina gialla di "Ped. Inf. Dis. J." viene comunicato con rilievo che, dal 1996, anche la prestigiosa rivista americana utilizzerà abstract strutturati al posto dei vecchi abstract in stile narrativo; d'ora in poi, non leggeremo su questo giornale abstract che non siano strutturati secondo "AIMS", "Methods", "Outcome Measures", "Conclusions": il gruppo editoriale del giornale ha infatti optato per questa metodologia ritenendola più informativa. Ovviamente, la qualità degli abstract dipende sempre dalle qualità del recensore; non arrischiare paragoni ma la decisione ci sembrava interessante da segnalare; c'è un autorevole comitato editoriale che condivide le nostre scelte.

SI MUORE MENO DORMENDO IN CAMERA CON I GENITORI

OBIETTIVI: Definire se, oltre all'ormai certo rapporto fra SIDS e posizione prona, vi siano altri rischi connessi con la ordinaria vita del lattante.

METODI: Setting - Nuova Zelanda del Sud, anni 1988-'90, casi di SIDS studiati 393, deceduti fra 1 e 12 mesi. Controlli appaiati per età e sesso 1952. Sono stati intervistati i genitori entro 7 gg. dalla morte di ogni caso. Informazioni richieste su: dati socio-demografici, sede dove dormiva il bambino, fumo dei genitori, posizione nel dormire.

RISULTATI: In analisi multivariata il rischio relativo di SIDS per chi, la notte della morte, dormiva in una stanza con un adulto è di 0.26 (per i bambini maori 0.24, per i bambini europei 0.23). In sostanza, grosso modo, il rischio di chi dormiva in camera coi genitori è 4 volte inferiore. Se, invece che con un adulto, il piccolo dormiva con un altro bambino il rischio non era significativamente diverso dal dormire da solo (1.11 vs 1).

I bambini che, oltre la stanza, condividevano con l'adulto anche il letto avevano un rischio relativo più alto se le madri fumavano. Se la madre non fumava il rischio si appiattiva.

Vi era una interazione significativa fra il dormire prono e la SIDS.

Se il bambino dormiva *supino e in stanza con i genitori* il rischio relativo era posto eguale a 1.

Se dormiva *supino e da solo* il rischio saliva a 2.60.

Il rischio relativo saliva a 16.99: se il bambino dormiva *prono e in stanza da solo*.

Scendeva a 3.28 se dormiva *prono e in stanza con i genitori*.

CONCLUSIONI: Il dato riportato è nuovo, inedito, e sarebbe in accordo con la nozione che nei paesi poveri, con carenza di abitazioni, la SIDS è meno frequente.

Vi sarebbero insomma due rischi: il dormire prono e il dormire in stanza lontano dai genitori. Quando i rischi si sommano,

la SIDS si fa più frequente. La spiegazione che gli AA danno è quella della capacità che i genitori hanno di "badare" al figlio in caso di sofferenza respiratoria durante la notte; questa sofferenza si può esprimere con movimenti o rumori (agitazione nel letto, polipnea, respiro affannoso) che svegliano i genitori. La conferma del rischio della posizione prona può significare che questi movimenti o rumori del bambino si verificano più spesso in posizione prona; ma non sempre i genitori sono in grado di accorgersi che il bambino ha bisogno di aiuto.

Gli AA ritengono perciò che ai genitori vada suggerito di tenere il bambino con sé nella stanza fino al 6° mese, cioè fino a quando il rischio di SIDS è diventato più modesto.

COMMENTO: Gli AA dichiarano, a ragione, che il loro è uno studio osservazionale e che, quindi, va valutato con prudenza. C'è inoltre il problema di ogni ricerca collegata con fattori ambientali, per i quali è sempre difficile distinguere fra causa e associazione.

Bisogna però dire che, nel campo della SIDS, i maggiori progressi sono stati compiuti con gli studi osservazionali su base epidemiologica; forse questa metodologia di studio, ritenuta grossolana da molti "scienziati", ha malgirovato alla estensione della metodologia del dormire prono che ha tardato e tarda a diffondersi in Italia.

Detto questo, come comportarsi dopo l'articolo dei neozelandesi? Occorre innanzitutto tenere conto che si è in un campo (la morte "bianca") di grande impatto emozionale e la cautela è dunque d'obbligo.

Forse, un comportamento suggeribile è questo:

1. sul piano culturale, stare attenti alla comparsa di ulteriori studi di conferma;
2. è prematuro dire ai genitori che ci sono dati certi secondo i quali i bambini devono dormire con i genitori;
3. non è prematuro riferire ai genitori che, secondo uno studio pubblicato su una rivista molto autorevole, è preferibile che, per i primi 6-8 mesi, i bambini vengano tenuti a dormire con i genitori ma non nel letto dei genitori.

A questo proposito, il dato che al bambino della madre che fuma si accompagna

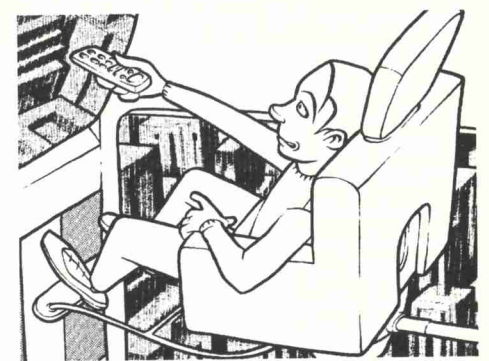
una peggior sorte se questo dorme in letto con lei, secondo gli AA, è ottenuto in un campione troppo modesto per essere valutato come "buono" già da ora. È comunque chiaro che questo dato conferma che si deve suggerire ai genitori di non fumare, per lo meno in casa.

R K R Skragg et al: Infant room sharing and prone sleep position in sudden infant death syndrome

Lancet 1996; 347: 7

PAROLE CHIAVE:

Morte improvvisa, SIDS.



SHORT

CAMBIA IN USA LA SCHEDULA ANTIPOLIO

L'ACIP (advisory committee on immunisation practices) ha raccomandato una nuova schedula vaccinale per l'antipolio. Si dovrebbe iniziare con una somministrazione di vaccino inattivato (IPV) a 2 e 4 mesi, seguita dall'OPV a 6, 12 e 18 mesi e, poi, a 4 e 6 anni.

La ragione per cui è stata decisa la modifica sta nella persistenza di paralisi da vaccino (8-10 casi per anno negli USA, pari a 1 caso ogni 2,4 milioni di dosi). Secondo l'ACIP, la nuova schedula potrebbe ridurre le paralisi vaccinali dal 50 al 75%. Molti hanno fatto rilevare che la complessità della nuova schedula potrebbe ridurre ulteriormente la copertura vaccinale, già non ottima, negli Stati Uniti.

D.H.Frankel, US group urges polio immunisation changes.

Lancet. 1995; 346: 1151

PER LO STREPTOCOCCO VA ANCORA BENE LA VECCHIA PENICILLINA

Recensiamo questo rapporto del *Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki diseases of the Council on Cardiovascular disease in the young. The American Heart Association*, fa una nuova messa a punto (senza niente di nuovo) sul trattamento della faringite streptococcica e, quindi, sulla prevenzione della febbre reumatica.

Vi segnaliamo solo alcuni aspetti del rapporto.

Viene ribadito che le infezioni streptococciche cutanee (impetigine o pioderma) non provocano la febbre reumatica acuta.

La diagnosi di infezione streptococcica si fa con la cultura dell'essudato faringeo. Il tampone eseguito correttamente va strisciato vigorosamente su entrambe le tonsille e sulla parete faringea posteriore.

I test per l'identificazione degli anticorpi antistreptococco (ASO e anti DNasi B) non sono utili per la diagnosi né per il trattamento della faringite streptococcica acuta.

La terapia: la penicillina rimane l'antibiotico di prima scelta e può essere somministrata per via im o per via orale. La scelta dipende solo dall'affidabilità del paziente ad assumere correttamente il farmaco.

Penicilline orali: fenossimetil-penicillina alla dose di 250 mg 2 o 3 volte al dì per 10 giorni (che devono essere 10, anche se il paziente diventa rapidamente asintomatico).

Ampicillina e amoxicillina non offrono alcun vantaggio microbiologico e sono più costose.

Penicillina G benzatina im.: da preferire solo se non si è sicuri che il paziente assuma per 10 giorni il farmaco per via orale. Basta una singola iniezione in una grossa massa muscolare (è un po' meno dolorosa se viene riscaldata a temperatura ambiente prima della somministrazione).

Il dosaggio: 600.000 U per i pazienti con peso corporeo di 27 Kg o meno e di 1.200.000 per quelli con peso superiore a 27 chili.

Altri farmaci: l'eritromicina può essere usata nei pazienti allergici alla penicillina (20 - 40 mg/Kg/die in 2-4 somministrazioni per 10 giorni).

L'Azitromicina: la *Food and drug administration* ha approvato solo per i pazienti con oltre 16 anni di età e come terapia di II scelta un ciclo di 5 giorni così suddiviso: 500 mg in dose singola il primo giorno e, poi, 250 mg al dì per altri 4 giorni (per cui, in pediatria per il trattamento della faringite streptococcica non serve; non è da trascurare l'alto costo del farmaco).

Tra le cefalosporine orali - ma sempre come II scelta - vanno preferite il cefadroxil e la cefalexina (ceporex -Keforal). Non vanno adoperate nei pazienti allergici alla penicillina, in quanto circa il 20% dei soggetti allergici alla penicillina lo è anche alle cefalosporine.

Dopo la terapia, è inutile ripetere il tampone faringeo che va ripetuto, invece, solo nei pazienti che rimangono sintomatici.

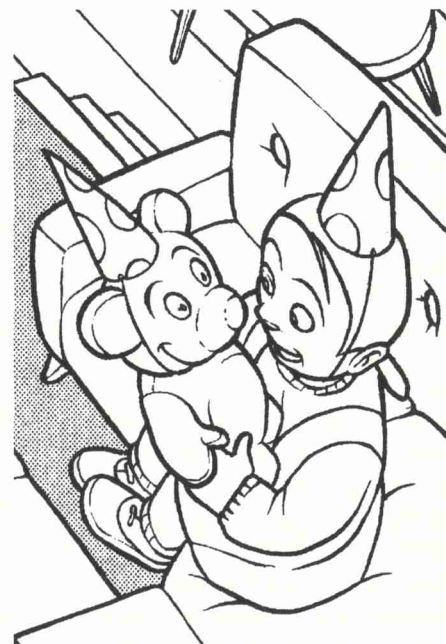
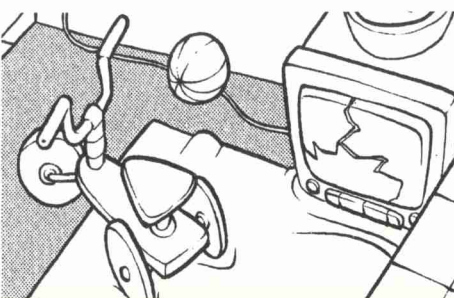
Bambini trattati correttamente, diventati asintomatici ma che hanno ancora il tampone faringeo positivo per streptococco, non vanno sottoposti a cicli ripetuti di antibioticoterapia.

Per cui, una messa a punto che ribadisce l'efficacia della vecchia penicillina. Da tenere presente nella nostra pratica quotidiana, in cui siamo assaliti dalle novità terapeutiche che a volte, come in questo caso, non servono.

A. Dajani, Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professional.

Pediatrics 1995; 96:758.

PAROLE CHIAVE: Antibiotici, Faringite, Streptococco beta emolitico di gruppo A.



SHORT

AZITROMICINA: IN USA PER 5 GIORNI, IN ITALIA PER 3! PERCHÉ?

Siamo sempre stati molto stupiti del suggerimento dato ai pediatri italiani di usare l'azitro per 3 giorni, mentre negli Usa, da sempre, la stessa ditta suggerisce cicli di 5 giorni. Le risposte avute sono state: "sbagliano gli americani".

Ora troviamo ripetuto, ancora una volta, sulla pagina gialla del Ped. Inf. Dis. che il ciclo che la Food and Drug Administration (FDA) suggerisce per la tonsillite streptococcica è di 5 giorni e che solo per tale durata è stato approvato.

Non solo, su *Pediatrics* di ottobre 1995, a pagina 760, si legge che un ciclo di 5 giorni di azitromicina è accettato dalla FDA come "second line therapy" per la faringite streptococcica "for the treatment of 16 years or older". La dose suggerita è di 500 mg il primo giorno e di 250 mg per altri 4 giorni.

Ci siamo chiesti più volte se la ditta produttrice non rischi, presto o tardi, di ritrovarsi in *litigation* se qualcuno la chiamasse a rispondere di una malattia reumatica insorta dopo un ciclo di tre giorni.

Ped. Inf. Dis. J. 1995; 14: 2

PAROLE CHIAVE: Antibiotici

VACCINAZIONI IN OSPEDALE PER I BAMBINI IN RITARDO

OBIETTIVI: Lo studio ha sostanzialmente tre obiettivi:

- 1) valutare lo stato vaccinale dei bambini in età prescolare ricoverati in ospedale per patologie acute o croniche;
- 2) valutare i fattori sociodemografici dei bambini in ritardo rispetto al normale calendario vaccinale;
- 3) affrontare con i genitori il problema e discutere con loro sul modo per migliorare l'esecuzione delle vaccinazioni.

METODI: Sono stati selezionati 215 bambini in età prescolare; è stato chiesto ai genitori, al momento del ricovero, lo stato vaccinale preciso dei bambini che poi è stato controllato direttamente all'ufficio vaccinazioni. Inoltre, è stato valutato se il medico al momento del ricovero, nell'anamnesi, aveva indagato sullo stato vaccinale del bambino.

RISULTATI: solo il 44% dei bambini era in regola con le vaccinazioni. Fra i 2 e i 5 anni di età, il 52% era vaccinato in modo inadeguato. Soltanto il 17% di quelli con copertura vaccinale inadeguata si sarebbe messo in regola con la somministrazione di una dose di vaccino in ospedale prima della dimissione. Al momento del ricovero solo il 22% dei medici non aveva segnalato nell'anamnesi lo stato vaccinale del bambino. Infine, il 30% dei genitori aveva fornito informazioni imprecise sulle vaccinazioni del figlio. Tra le proposte fatte dai genitori stessi per migliorare la copertura vaccinale c'erano ai primi posti la possibilità di un servizio di trasporto (30%) e memoranda specifici (21%). Il sesso maschile, la mancanza di servizi di trasporto e il non andare all'asilo, erano indici predittivi significativi di un ritardo vaccinale.

CONCLUSIONI: 1) i medici ospedalieri dovrebbero accertare con maggiore precisione lo stato vaccinale di tutti i bambini che si ricoverano; 2) potrebbero praticare una dose di vaccino nei bambini che sono in ritardo o quanto meno segnalarli al pediatra curante. Infine, un servizio di trasporto per i normali bilanci di salute e

avvisi telefonici o per posta potrebbero ulteriormente migliorare lo stato vaccinale.

COMMENTO: il ricovero ospedaliero può essere un momento utile per accertare lo stato vaccinale dei bambini (e questo si dovrebbe già fare di routine in tutte le divisioni di Pediatria); la novità che i colleghi dell'Università di Tennessee propongono è quella di effettuare una dose di vaccino prima della dimissione del bambino in ritardo. Questo sicuramente migliorerebbe la copertura vaccinale. Resta però qualche dubbio sulla reale possibilità dei medici ospedalieri di accertarsi, durante il ricovero (che in media nei nostri ospedali dura 4 giorni), presso l'ufficio vaccinazioni del quartiere dove risiede il bambino, del reale stato vaccinale, non potendosi ovviamente fidare soltanto delle notizie fornite dai genitori. La cosa che probabilmente può essere fatta (e da subito) è che al momento della dimissione l'ospedale segnali telefonicamente, via fax o per posta, al pediatra curante e all'ufficio vaccinazioni il bambino in ritardo.

P. Kum Nji, Immunization status of hospitalized preschool children: risk factors associated with inadequate immunization Pediatrics 1995; 7: 434

PAROLE CHIAVE: Vaccini

SHORT

PROFILASSI DELL'ASMA IN PRESENZA DI ALTI LIVELLI DI OZONO

Gli AA. hanno studiato la correlazione fra i livelli urbani di ozono e il numero delle crisi di asma curate presso uno dei più grandi ospedali pediatrici di Città del Messico.

Un aumento di ozono di 50 ppb porta, nel giorno seguente alla crescita, a un incremento del 43% delle crisi di asma diagnosticate nel pronto soccorso dell'ospedale. Una persistenza dell'ozono a livelli > 110 ppb per 2 gg. fa aumentare le crisi di asma, assistite nel pronto soccorso, del 68%. Il legame ritardato fra inquinazione e asma fa pensare che il meccanismo alla base della crisi sia il processo infiammatorio. Il metodo della ricerca è grossolano ma i risultati sembrano abbastanza convincenti anche perché vi sono studi già pubblicati che arrivano alle stesse conclusioni degli autori di questa ricerca, addirittura con livelli di ozono assai più bassi.

Non sembra irragionevole proporre una profilassi della crisi di asma anche nelle nostre città in presenza di aumentati livelli di ozono.

I. Romieu: Am. J. Epidemiol. 1995; 141: 546

PAROLE CHIAVE: Asma, Pollutanti



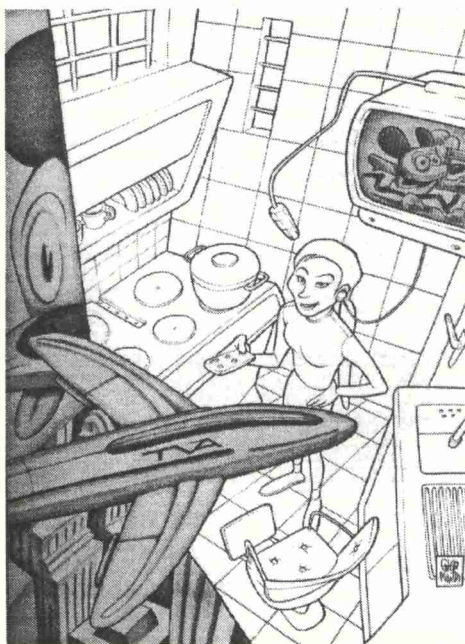
VACCINAZIONI E RISCHIO SOCIALE

OBIETTIVI: valutare la copertura vaccinale dei bambini in rapporto al loro stato socioeconomico.

METODI: sono state esaminate le schede di vaccinazione di una corte, selezionata in modo randomizzato, di 2519 bambini di prima elementare nelle scuole pubbliche della Virginia, per valutare la copertura vaccinale in rapporto al loro stato socioeconomico.

RISULTATI: l'inadeguatezza della copertura vaccinale era maggiore fra i bambini poveri delle aree urbane (il 42,3% nelle aree urbane a basso livello socioeconomico era correttamente vaccinato a 2 anni contro il 64% dei bambini delle aree rurali ad alto livello socioeconomico).

Gli AA concludono che i bambini che frequentano scuole in zone socialmente degradate, con reddito procapite inferiore a 10.600 dollari, e che non avevano ricevuto contemporaneamente la I e II dose di DTP e OPV avevano probabilità 33 volte maggiori di non avere una copertura vaccinale adeguata a 2 anni, rispetto ai bambini che frequentano scuole in aree non depresse con reddito procapite superiore a 18.000 dollari e che avevano ricevuto contemporaneamente la I e la II dose di DTP e OPV.



CONCLUSIONI: Il basso livello socioeconomico e la mancata somministrazione contemporanea di più vaccini sono le cause principali di una non corretta copertura vaccinale.

COMMENTO: Questa è un'ulteriore conferma che i bambini a rischio sociale hanno una probabilità di non essere vaccinati, molto più alta di quelli non a rischio, per il solo fatto di essere poveri e, inoltre, che la mancata somministrazione contemporanea dei vaccini obbligatori, così come previsto dalle attuali norme vigenti anche in Italia, ha un effetto fortemente sfavorevole sul grado di copertura vaccinale solo sui bambini più poveri.

Pertanto, alla luce anche dei bassi livelli di copertura vaccinale in alcune aree del nostro paese, sono necessarie nuove strategie di intervento per raggiungere quei bambini a rischio sociale che non vanno spontaneamente all'ufficio vaccinazioni.

Ian T. Williams, Interaction of socioeconomic status and provider practices as predictors of immunization coverage in Virginia children
Pediatrics 1995; 7: 439

PAROLE CHIAVE: Vaccini, Rischio sociale

SHORT

A TIME FOR CHANGE: MENO ANTIBIOTICI NELL'OTITE

Berman (*N. E. J. M. 1995.322.1033*) sostiene che la diminuzione delle mastoiditi come complicanza d'otite è dovuta al largo uso di antibiotici nella cura dell'otite. Gli risponde l'olandese Buchem (*N. E. J. M. 1995 333.1151*) il quale dice che "fin dal 1980, in Olanda, nei bb. al di sopra dell'anno di età trattiamo l'otite senza antibiotici, solo con analgesici e decongestionanti locali. In 17 mesi, su 5000 bb., la mastoidite si è verificata solo in due casi (0.04%). Il calo della mastoidite non è perciò un

argomento a favore del trattamento indiscriminato di ogni otite con gli antibiotici"

È probabile che un uso più controllato dei betalattamici nel trattamento dell'otite possa contribuire a fare aumentare meno velocemente l'incidenza del pneumococco penicillino resistente (*Ped. Inf. Dis. J. Newsletter: June.1995*) che è una minaccia imminente anche se, per ora, non sull'Italia: negli USA, il 17% dei ceppi di pneumococco nell'otite ambulatoriale è penicillino resistente (*Ped. Inf. Dis. 1995; 14:751. Pediatrics.1995;96;712*). Si deve ricordare, per inciso, che questa resistenza è mediata da modificazioni delle proteine che legano le penicilline e non è superabile da farmaci che superino l'attività betalattamasi. Inoltre, molti ceppi di pneumococco resistenti alle penicilline sono resistenti anche ai macrolidi e alle nuove cefalosporine, compreso il ceftriaxone (*Pediatrics. L. C.*).

In una valutazione metanalitica recente (*Ped. Inf. Dis: 1995; 14:731*), il successo della terapia antibiotica per l'otite è valutata in 1 successo ogni 7 (14%) trattati: il dato è statisticamente significativo ma vale la pena di ricordare che la risoluzione spontanea dell'otite è, sempre nello stesso articolo, valutata verificarsi nell'81% dei casi.

Comunque, un trattamento breve può essere meno irragionevole di quanto si pensasse in passato (*Pediatrics. L. C.*) limitandolo all'OMA e non all'OME nella quale l'antibioticoterapia ha dimostrato dubbia efficacia. In ogni caso, nell'OME gli antibiotici dovrebbero essere limitati a:

- 1) i bambini con OME e storia recente di OMA;
- 2) quelli con una infezione respiratoria alta che dura da >di due settimane;
- 3) quelli per i quali, a causa della persistenza di OME per >3 mesi, l'ORL ha proposto la timpanostomia che è assai più invasiva di un ciclo di antibiotici che dovrebbe essere programmato per 2 settimane.

Per l'OMAR, invece, il trattamento può essere suggerito nei soli periodi di infezione respiratoria alta e non si deve dimenticare la vaccinazione antinfluenzale e il vaccino antipneumococcico dopo i 2 anni.

PAROLE CHIAVE: Antibiotici, O.M.A.

In questa rubrica, "Quaderni ACP" presenterà articoli che, pur muovendo da nozioni di scienza di base, possono avere già da ora ripercussioni sul comportamento pratico del pediatra.

L'articolo d'esordio su questo numero, per esempio, propone la già attuale possibilità di fonti alternative di cellule al trapianto di midollo osseo.

pediatrica vi è una ridotta incidenza di complicanze peritrapiantologiche legate sia alla tossicità della terapia radiante e/o citostatica di preparazione al trapianto (terapia mieloablativa) sia allo sviluppo di fenomeni a patogenesi immuno-mediata. esemplare è la malattia del trapianto contro l'ospite o graft-versus-host disease (GVHD), cioè l'aggressione delle cellule immunocompetenti (alloreattive) del donatore verso l'organismo del ricevente. Solamente il 25-30% dei soggetti che potrebbero trarre beneficio da un TMO allogenico possiede, tuttavia, un donatore

delle corrispettive cellule midollari. Il volume di SCO solitamente raccolto al momento della nascita, senza alcun rischio reale o menomazione per il nascituro, è significativamente variabile, pur potendosi affermare che generalmente vengono raccolti circa 100-120 ml di sangue contenente un numero di cellule mononucleate mediamente valutabile attorno a $8-10 \times 10^8$.

A sua volta, il numero di progenitori emopoietici, valutati come cellule CD34+ oppure come numero di colonie granulocitario-macrofagiche (CFU-GM) diffe-

Il trapianto allogenico di cellule staminali da cordone ombelicale

UN'ALTERNATIVA POSSIBILE AL TRAPIANTO DEL MIDOLLO

Franco Locatelli*, Francesco Bertolini^o, Paolo Paolucci[^]

*Clinica Pediatrica, Università di Pavia.

^oDivisione di Oncologia Medica, Pavia.

[^]Divisione di Pediatria, Ospedale di Lugo. AUSL di Ravenna.

Il trapianto di midollo osseo (TMO) da donatore (allogenico) si è affermato, in età pediatrica, quale efficace strategia terapeutica per numerose patologie che coinvolgono la cellula staminale emopoietica multipotente del midollo osseo e le cellule che da questa si differenziano.

I risultati clinici ottenuti differiscono a seconda delle patologie per le quali il TMO viene impiegato ma, in generale, si è osservato un continuo, costante incremento nella sopravvivenza. I migliori successi sono stati ottenuti per le patologie non maligne o, in caso di emopatie neoplastiche, quando il trapianto è effettuato in fasi precoci della storia naturale della malattia. È, inoltre, emerso che in età

compatibile in ambito familiare. È evidente che per la restante quota di pazienti vi è la necessità di identificare fonti alternative di cellule utilizzabili per il trapianto. In quest'ottica, di particolare e innovativo interesse pediatrico, non ancora consolidato nella pratica clinica, si colloca il trapianto allogenico di cellule staminali cordonali. Il sangue di cordone ombelicale (SCO) contiene una significativa quota di cellule staminali emopoietiche multipotenti in grado di determinare un completo ripopolamento midollare e di sostenere un'emopoiesi a lungo termine in pazienti pediatrici sottoposti a terapia mieloablativa. In particolare, il SCO contiene una quota di progenitori emopoietici immaturi, quali le CFU-GEMM (cellule staminali mieloidi pluripotenti) e le HPP-CFC (high proliferative potential colony forming cell) più elevata rispetto al midollo osseo, e la capacità clonogenica delle cellule staminali emopoietiche cordonali sembra essere superiore a quella

risce considerevolmente da cordone a cordone e, in generale, questi valori -pur significativamente inferiori a quelli presenti nell'inoculo midollare utilizzato per l'esecuzione di TMO allogenico - sono sicuramente sufficienti per l'esecuzione di un trapianto in bambini/ragazzi con un peso corporeo inferiore ai 40 Kg. Non ancora sufficientemente consolidati sono, invece, i dati relativi alla possibilità di impiego del SCO per la realizzazione di TMO allogenico in soggetti adulti; questa cosa motiva le continue ricerche tese a identificare le più idonee condizioni per l'espansione in vitro dei progenitori emopoietici cordonali. Indipendentemente da ciò, le possibilità di intervento clinico aperte dal SCO sono talmente interessanti che hanno fatto sorgere in USA ed Europa alcune banche dove il SCO viene esaminato, tipizzato e conservato in azoto liquido, e che lavorano a stretto contatto, finalizzato alla sistematizzazione della materia.

Il SCO venne identificato come potenziale sorgente di progenitori emopoietici nel 1970 e, dopo diciotto anni, se ne ebbe la conferma clinica in un bambino di cinque anni affetto da anemia aplastica costituzionale di Fanconi, trapiantato con una singola iniezione di SCO del fratellino HLA-compatibile raccolto al momento del parto. Da allora, numerose segnalazioni si sono accumulate circa l'utilizzo del trapianto di cellule cordonali in pazienti affetti da malattie ematologiche, maligne e non, da immunodeficienze congenite e da tumori solidi.

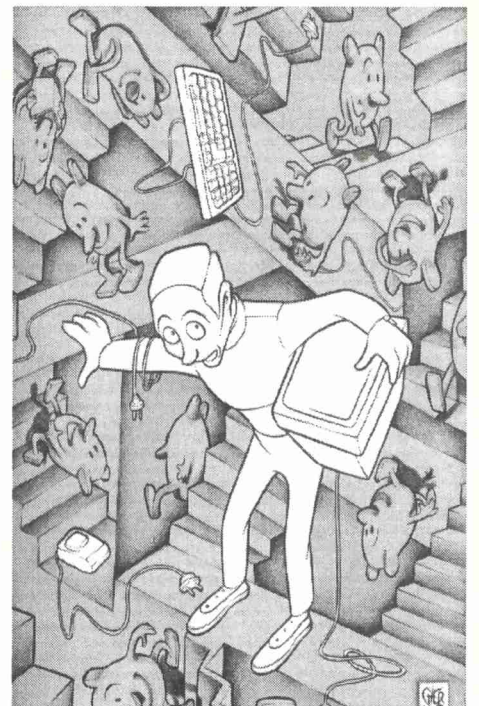
Indubbi vantaggi ottenibili attraverso l'utilizzo di questo tipo di trapianto vanno riferiti a un basso rischio di contaminazione virale del SCO (Cytomegalovirus, virus di Epstein Barr, etc.) e ad una ridotta incidenza e severità della GVHD. Infatti, nel cordone ombelicale vi è una ridotta frequenza di T-linfociti alloreattivi ad attività citotossica e le cellule immunocompetenti del cordone non esprimono - o esprimono con ridotta densità sulla loro superficie - alcune molecole di adesione/costimolazione necessarie per l'estrinsecarsi di una risposta citotossica (CD11a, CD18, CD54 e CD58). Inoltre, nel SCO vi è una aumentata percentuale di cellule a immunofenotipo immaturo CD45RA+, sia per quel che riguarda le sottopopolazioni CD4+ che CD8+ e l'attività natural killer presente nel SCO è ridotta rispetto a quanto osservato nel sangue periferico di soggetti adulti. L'insieme di queste caratteristiche riduce significativamente il rischio di complicanze immuno-mediate dopo trapianto di cordone ombelicale e rende attraente l'impiego di questo tipo di terapia anche in situazioni di parziale compatibilità fra donatore e ricevente o per soggetti non appartenenti allo stesso gruppo familiare. La possibilità di contaminazione del SCO da parte di cellule T materne alloreattive non è, fino ad oggi emersa come problema; la ridotta reattività immunologica delle cellule cordonali ha trovato puntuale riscontro clinico nei 38 bambini finora trapiantati da un donatore familiare HLA-compatibile o differente per un solo antigene del sistema HLA e recentemente riportati da Wagner et al. Nei 38 pazienti descritti, 21 dei quali affetti da patologie neoplastiche e 19 da malattie non maligne, la probabilità di attecchimento è stata

dell'85%, con un tempo mediano di recupero granulocitario e piastrinico superiore ai 500 e 50.000 elementi/mL pari rispettivamente a 22 e 49 giorni, valori non influenzati dall'uso o meno di fattori di crescita emopoietici. Tutti i pazienti affetti da patologie neoplastiche hanno ottenuto l'attecchimento dell'emopoiesi del donatore, mentre nei pazienti affetti da malattie non maligne la probabilità di attecchimento è stata pari al 69%. Non è stato possibile riscontrare nessuna correlazione tra numero totale di cellule mononucleate infuse o di CFU-GM da un lato e probabilità di attecchimento e tempo mediano di recupero granulocitario dall'altro. Questa mancanza di correlazione sembra suggerire che il numero di progenitori cordonali infusi eccede per la maggioranza dei casi la soglia minima necessaria per ottenere l'attecchimento. L'incidenza di GVHD acuta di grado II-IV è stata pari al 3%, mentre la probabilità di sviluppare la forma cronica di GVHD ha raggiunto il 6% e nessun paziente è deceduto per complicanze immunologiche post-trapianto. La probabilità di recidiva nei pazienti con patologie neoplastiche è stata del 49%, essendo determinata globalmente una probabilità di sopravvivenza libera da eventi pari a circa il 70% con una mediana di osservazione di 18 mesi con valori pari a 46% e 78% nei pazienti affetti da patologie maligne o non maligne. In Italia, presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Pavia e l'Istituto G. Gaslini di Genova, sono già stati realizzati quattro trapianti di cellule cordonali da fratelli compatibili (tutti coronati da successo) e, sebbene ottenuti in una casistica limitata, i risultati sino ad ora accumulati incoraggiano ovviamente a proseguire sulla strada intrapresa.

Di più difficile interpretazione sono, fino ad ora, i risultati ottenuti attraverso l'impiego di cellule cordonali di soggetti non appartenenti allo stesso gruppo familiare. Tuttavia, dalle segnalazioni preliminari non sembra essersi osservato alcun caso di GVHD acuta superiore al III grado (Wagner JE, comunicazione personale) e questo dato deve essere valutato tenendo presente che, per il TMO allogeneico non depletato da T-linfociti, situazioni comparabili di istocompatibilità fra donatore e ricevente sono associate a un rischio di GVHD acuta di grado III o IV

pari ad almeno il 40%. Per i trapianti di SCO fra individui non correlati, oltre alla promettente riduzione di incidenza di complicanze immunomediate, meritevole di considerazione è l'osservazione che la realizzazione di programmi volti alla creazione di banche di SCO criopreservato (simili alle banche di donatori di midollo osseo già esistenti) sembra essere in grado di ridurre i tempi necessari per la realizzazione di un trapianto allogeneico di cellule staminali, che per il TMO da soggetti non consanguinei non sono inferiori ai 3-6 mesi. Ciò potrebbe permettere anche una più omogenea rappresentazione dei differenti gruppi etnici presenti in una determinata popolazione.

Va ricordato che, una volta reperito il donatore compatibile non parente per un TMO, bisogna verificarne l'attuale disponibilità alla donazione, che comunque espone ai rischi dell'anestesia e dell'ipovolemia acuta, per quanto limitati e controllati, nonché a essere sottoposto a una procedura invasiva e algogena. D'altra parte, sottolineato che nessuno di questi rischi è contemplato nella raccolta del SCO, resta in questo caso la necessità morale, etica nonché legale, di definire, secondo il più vasto consenso, linee guida relative al clampaggio del cordone ombelicale, affinché ci si avvicini alla procedura con le necessarie cautela e consapevolezza.

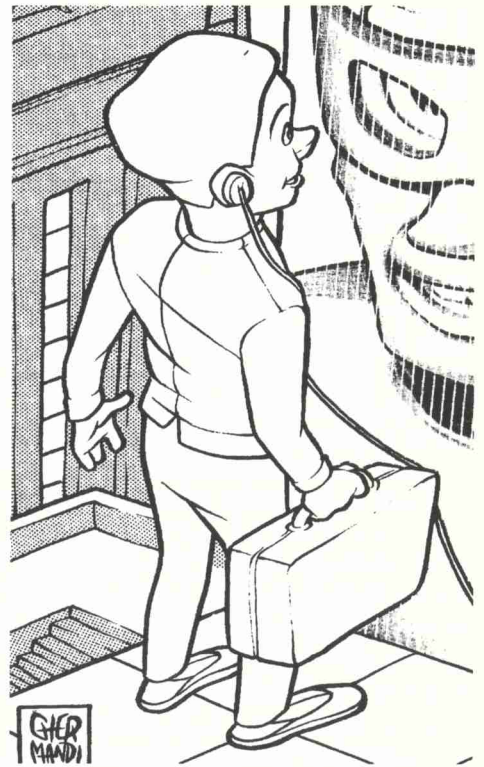


Altro aspetto sul quale definire garanzie precise concerne l'anonimato della donazione di SCO affinché, nel caso di insuccesso del trapianto di SCO, non abbia a esercitarsi una pressione morale sull'infante per essere usato, qualora un altro tentativo di trapianto si renda successivamente necessario, come donatore di cellule staminali midollari o circolanti in questo caso. Questa situazione, concepibile per un donatore compatibile fratello, dovrebbe essere tassativamente evitata per ogni donatore di SCO non parente.

In diversi Paesi - compresa l'Italia, grazie soprattutto all'opera svolta dal professor Sirchia del Centro di Immunologia dei Trapianti del Policlinico di Milano - è iniziata la raccolta di cellule cordonali con l'obiettivo di offrire la chance trapiantologica a soggetti privi di donatore familiare compatibile. È oggi possibile, dunque, nei Centri coinvolti nel programma, la donazione di questo prezioso materiale biologico che, costantemente scartato in passato, potrebbe in futuro rivelarsi una possibile fonte di vita per numerosi pazienti pediatrici affetti da patologie senza altre possibilità di cura. Compito degli operatori sanitari sarà, quindi, quello di promuovere in maniera capillare la cultura della donazione delle cellule cordonali. Svantaggi o limitazioni associate all'uso di cellule staminali cordonali si traducono in un aumento nell'incidenza di complicanze infettive, nella potenziale riduzione dell'effetto immunomediato anti-leucemia (cosiddetto effetto graft-

versus-leukemia) svolto dalle cellule immunocompetenti del donatore nei confronti delle cellule maligne del ricevente, e nell'applicabilità di questa procedura, almeno fino ad ora, ai soli pazienti pediatrici. L'aumentato numero di episodi infettivi va fondamentalmente riportato a una ritardata cinetica di attecchimento granulocitaria osservabile per questo tipo di trapianto rispetto al classico TMO allogenico, a una assenza di linfociti-T memoria trasferibili dal donatore al ricevente e ad alcuni difetti funzionali dei granulociti del tutto simili a quelli che si osservano fisiologicamente nel neonato e particolarmente nel prematuro (chemotassi e battericidia granulocitaria).

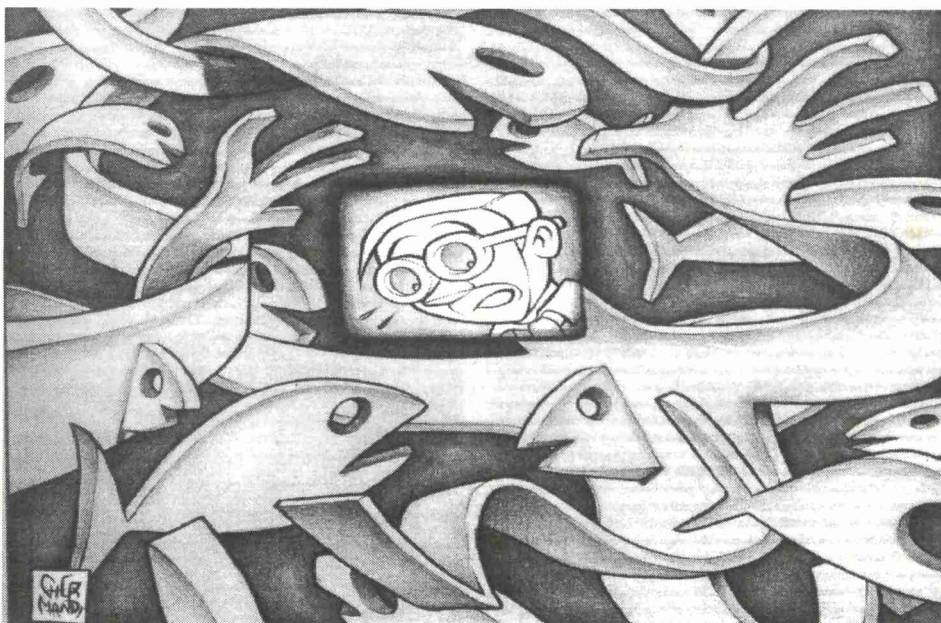
Come già accennato, l'uso dei fattori di crescita emopoietici, inoltre, non sembra in alcun modo accelerare la ricostituzione emopoietica e addirittura potrebbe avere un aspetto decrementale sul potenziale di attecchimento dei progenitori cordonali. A questo proposito, in dovuta considerazione va tenuta l'osservazione che in patologie caratterizzate da un elevato rischio di mancato attecchimento dell'emopoiesi del donatore, quali la talassemia e l'anemia aplastica acquisita, l'uso di progenitori staminali cordonali, soprattutto se provenienti da soggetti non consanguinei, potrebbe ulteriormente aumentare il rischio di mancata ricostituzione emopoietica rendendo, almeno allo stato attuale, non consigliabile se non in condizioni di assoluta necessità la realizzazione del trapianto di cellule cordonali



per questo tipo di emopatie.

Deve essere, infine, menzionato che i progenitori cordonali rappresentano, in rapporto alle cellule staminali midollari, un ottimo target per procedure di gene transfer (basate sull'impiego di vettori retrovirali) in grado di determinare la correzione di difetti genetici. In particolare, questo approccio terapeutico di transfezione genica è già stato impiegato per il trattamento di alcuni bambini affetti dalla forma di immunodeficienza grave combinata secondaria a deficit di adenosin-deaminasi. Non va dimenticata la possibilità di trasmissione di malattie congenite attraverso il SCO che, seppure poco frequenti, suggeriscono notevole cautela e attenzione nello sviluppo di questa tecnica trapiantologica la quale, indubbiamente, deve fondarsi su largo consenso, specifiche capacità e opportuni controlli. È augurabile pertanto che l'istituzione e la collaborazione internazionale delle banche di SCO ci permettano di raggiungere due obiettivi fondamentali, clinici ed etici: offrire a tutti una possibilità di cura, cercando di curare nel migliore modo possibile e nel pieno rispetto della dignità dei pazienti.

La bibliografia può essere richiesta agli AA.



Di questo occorre tenere conto perché l'obiettivo della nostra comunicazione non si limita alla esposizione, ma si pone l'obiettivo di essere compreso e ricordato dal pubblico. Pertanto nella progettazione dovremo tener conto di alcuni parametri relativi all'uditorio. Il successo della comunicazione sta infatti nei dati che il pubblico tratterrà e porterà in discussione. Nella progettazione dovremo, perciò, tenere conto di alcune condizioni che sono relative all'uditorio.

Proviamo a riprodurli nello schema di fig. 3. In questo a sinistra (colonna 1 e 2) sono

1. motivazione	<i>alta:</i>	OK
	<i>bassa:</i>	attenzione a: noia, apatia, aggressività
2. competenza:	<i>alta:</i>	richiamare la loro esperienza usare un linguaggio tecnico
	<i>bassa:</i>	usare esempi terminologia facile
	<i>disomogenea:</i>	allineare la taratura sul basso
	<i>dipendenza:</i>	stile direttivo, ruolo gerarchico
3. relazione del gruppo vs leader:	<i>contro dipendenza:</i>	conflittualità: ignorarla; sottolineare i contenuti
	<i>interdipendenza:</i>	coinvolgimento attivo e costruttivo

indicate le caratteristiche del pubblico, nella terza gli accorgimenti del relatore per correlarsi con gli uditori.

LA PARTE TECNICA DELLA COMUNICAZIONE

Una volta stabiliti i contenuti e le persone che questi devono raggiungere, possiamo occuparci della parte "tecnica" della nostra relazione. Anzitutto l'impostazione generale per quanto riguarda l'ordinamento dei contenuti. Esso può seguire:

a. una sequenza deduttiva: dal generale al particolare con il seguente schema:

- premessa
- principio generale o definizione
- sviluppo singole parti
- esempi o conseguenze pratiche.

In sostanza: si imposta un problema generale diagnostico o terapeutico, se ne definiscono le caratteristiche, se ne espone un modello di studio, si espongono i risultati, si suggeriscono le applicazioni alla pratica. È una sequenza usatissima e sponta-

nea; ha il vantaggio di:

- trasmettere dati e definizioni
- essere adeguata per un pubblico esperto
- essere comoda per il relatore.

Non sempre invece è apprezzata da un pubblico neofita o di modeste conoscenze, col rischio di annoiare. Il consiglio è quindi quello di limitarne l'uso, di accompagnarla ad immagini visive molto accurate e coinvolgenti, di esporla con una certa dinamicità e arricchita con esempi.

b. una sequenza induttiva: dal particolare al generale con il seguente schema:

- caso o fatto

- considerazioni e riflessioni
- concettualizzazione e generalizzazione
- ipotesi teorica esplicativa
- conseguenze operative

Ad esempio si presenta un caso non risolto, ci si chiede quante volte accade, quali conseguenze comporta la non soluzione, si presenta un modello di soluzione, lo si applica, lo si discute. Questa modalità offre il vantaggio di permettere di affrontare argomenti complessi o noiosi, di essere gradita a chi si avvicina all'argomento per le prime volte, ed è accompagnata ad una maggiore attenzione con miglior ricordo a distanza.

I SUPPORTI VISIVI

I supporti visivi rappresentano un ottimo complemento alla esposizione: la quantità di informazioni ricordate dall'ascoltatore sale dal 10%, se egli utilizza il solo udito, al 50% se all'udito si associa la vista. Tuttavia gli strumenti visivi non devono mai sostituirsi al relatore. Non

devono cioè contenere informazioni che il relatore non può commentare, perché egli non può ignorare che l'attenzione non può, contemporaneamente, concentrarsi su due fonti: la diapositiva e le sue parole. Dire "il resto non ve lo riferisco perché lo vedete in diapositiva" e continuare a parlare è quindi un atteggiamento da ignorante e da maleducato. La scelta degli strumenti può spaziare dai mezzi più sofisticati (sistemi informatizzati multimediali, proiezioni di filmati), fino ai più tradizionali (lavagne di ardesia o a fogli mobili). I più comuni e più duttili, tuttavia, sono il proiettore per diapositive e la lavagna luminosa con lucidi trasparenti. Il primo è di sicuro effetto, con possibilità di proiettare immagini molto accurate ed esplicative; non è però molto elastico nell'impiego. Il richiamo di diapo già passate fa perdere tempo e fa spazientire l'operatore. Necessita di un ambiente oscurato, con rischio di decremento della curva dell'attenzione. Non permette di prendere appunti.

La lavagna luminosa è sicuramente più versatile, più vicina al pubblico, offre possibilità di comunicazione diretta, di sovrapposizione, di streap tease (non del relatore). L'uso della lavagna luminosa sembra a certuni, specie in Accademia, meno curato anche se è la modalità più in uso nel mondo commerciale e nelle scienze di base. Per ambedue vanno comunque seguite alcune regole fondamentali. Nella preparazione delle **diapositive** suggeriamo alcune regole.

1. proiettare una diapositiva circa per ogni minuto;
2. evitare grafici e tabelle riprodotte dai libri: vengono sempre poco bene e rompono l'armonia grafica delle diapositive "composte" dal relatore;
3. per rappresentazione di testi usare un titolo breve: sette righe con sette parole per riga; limitandosi ad un concetto per ogni diapositiva;
4. per rappresentazione di tabelle: usare 4 colonne di 7 righe;
5. per rappresentazione di grafici: evitare se possibile le tre dimensioni (a meno che non aggiungano qualcosa di molto significativo). Usare torte con un massimo di 6 spicchi e al massimo sei, sette colonne. Usare poche linee e di tratto marcato. Usare al massimo due linee spezzate;

6. usare scritte e didascalie sempre in *orizzontale* per non rischiare di proiettare il titolo e le prime 5 righe sul soffitto;

7. rispettare i "codici colore": blu, verde, magenta, cyan, viola, rosso, giallo sono meglio di marrone, arancione, tan grigio, beige, rosa;

8. usare il *fondo* scuro: blu, verde, nero, con figure e scritte in chiaro: bianco, giallo;

9. proporzione dimensioni/carattere di scrittura: la diapo dovrebbe essere leggibile se tenuta in mano ad una distanza di 35 cm; il carattere migliore è il 12 grassetto con eventuale evidenziazione di parole in corsivo o colore.

10. *non usare lettere maiuscole*: il cervello umano ha difficoltà a integrare rapidamente le parole scritte in maiuscolo. Le deve riconvertire facendo uno spelling mentre di quelle in minuscolo ne riconosce il pattern con immediatezza a colpo d'occhio;

11. numerare il telaio con il numero nella parte superiore del bordo a diapo invertita.

Si possono usare immagini reali se comunicano meglio un'idea; niente spiagge al tramonto o nevi del Kilimangiaro, a meno che non c'entrino con il testo che state esponendo.

Nella preparazione di un *lucido* dobbiamo:

1. salvaguardare la semplicità dei contenuti;

2. evitare i disegni e le flow charts complicati;

3. rispettare dimensioni di carattere leggibili; mai meno di 1.5 cm sullo schermo.

4. limitare il numero delle parole (20-25)

4. usare colori diversi

5. intestare i fogli con un titolo

6. non usare fotocopie di pagine stampate per i motivi detti più sopra.

7. scrivere a mano solo se l'eleganza della grafia è ineccepibile.

È compito dell'oratore controllare le attrezzature audiovisive e le luci della sala, l'ordine delle diapositive, la loro sequenza. Un mal funzionamento potrebbe compromettere in modo irreparabile il nostro lavoro.

L'ATTEGGIAMENTO DELL'ORATORE

Infine discutiamo la quarta variabile di

fig.1, cioè le norme di comportamento per l'oratore. Dal punto di vista teorico la posizione del relatore nei riguardi del pubblico può seguire, a seconda delle occasioni, due stili diversi:

a. complementare: (elevata distanza docente/discente). Essa sottolinea il livello gerarchico, la competenza ed il prestigio, ma troppo spesso il relatore corre il rischio di apparire accademico, teorico, monotono, sottolineando la distanza col pubblico

b. simmetrico:(ridotta distanza docente/discente). Questa posizione è preferibile in contesti informali, in presenza di uditorio giovane. E' la regola nella presentazione delle comunicazioni, nelle riunioni di reparto, nei gruppi di studio. Però, occorre fare attenzione a non banalizzare i contenuti con una eccessiva familiarità perché ciò riduce l'attenzione, induce gli ascoltatori a distrarsi e a parlare fra loro, limita l'apprendimento.

Usando un termine teatrale, circa il "porgere", si seguano alcune linee.

a. cercare sempre il contatto visivo con il pubblico. Lo sguardo segnala richiesta di contatto e di attenzione da parte dei partecipanti. Guardare la sala permette di cogliere i primi segnali di noia o di caduta di interesse e di conseguenza di adattare l'esposizione. .

b. non passeggiare per il podio; evitare di parlare rivolti verso lo schermo o leggendo i propri appunti ; non girare le spalle al pubblico.

c. parlare lentamente: il nervosismo spesso induce a parlare rapidamente: proviamo a scrivere "RALLENTARE" in rosso in testa ad ogni pagina di appunti, forse funziona.

E' bene imparare a modulare la voce usando tono e volume adeguati, non utilizzando voce "di testa".

d. esordire con "buongiorno" anziché con "prima diapositiva per favore"; ricordiamoci di ringraziare al termine, ma in maniera meno formale dell'accademico "grazie per l'attenzione"; sapranno che abbiamo finito. Poi c'è quel che i più temono: LE DOMANDE DEL PUBBLICO!!! A meno che, come succede nei congressi della SIP, il moderatore non dica "non c'è tempo per la discussione, ma tanto il relatore è stato chiarissimo". Se ciò non succede e capita che alla

comunicazione segua il più assoluto silenzio dobbiamo pensare a due possibilità: o siamo stati così chiari da impressionare il pubblico (?!), oppure nessuno ha trattato nulla di quel che abbiamo detto, oppure l'argomento non interessava proprio nessuno. In tal caso distruggere appunti e diapo o lucidi. Se le domande verranno manteniamo la calma, facciamo un bel respiro e prepariamoci a dimostrare la nostra conoscenza dell'argomento: è il modo migliore per concludere la nostra presentazione.

Vi sono metodi adattissimi per sabotare la propria comunicazione. Essi sono molto in uso in Italia:

1. parlando più a lungo del tempo stabilito e facendo invelenire pubblico e moderatore perché si toglie spazio alla discussione propria e delle altre comunicazioni.

2. parlando troppo in fretta per dire più cose e producendo danni alla chiarezza dei contenuti.

3. utilizzando diapositive o lucidi illeggibili (peggio ancora se consapevoli: "Questa diapositiva è, ahimè, poco leggibile, ma spero abbiate pazienza."

4. Ignorando il moderatore o il pubblico. L'autore spera vivamente che il contenuto di questo articolo corrisponda ai criteri cui si è voluto richiamare.

BIBLIOGRAFIA

1. L.S. Lashford: *Presenting a scientific paper, including the pitfalls.* Arch. Dis. Child, 1995; 73:168-169.

2. N. Binkin (M.D., M.P.H., C.D.C. of Atlanta U.S.A.): *Come preparare una relazione scientifica. Appunti dal Corso di Epidemiologia Pediatrica, ISS, Roma 1991.*

3. D. Donzelli: *Public speaking: la comunicazione efficace nei congressi. Progetto education SDA Bocconi tratto dal libro di G. Bell: I segreti del successo: come parlare in pubblico... anche per lavoro. Come farsi ascoltare. Ed Franco Angeli.*

Occuparsi insieme del fibrocistico

Il parte

Completiamo la pubblicazione delle linee guida per una buona collaborazione tra curante e centro specialistico che nel numero scorso, per errore, è apparsa incompleta. Ci scusiamo con gli autori e i lettori.

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

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:

1. la coesione della famiglia:

Questa può essere sondata ponendosi le seguenti domande:

- i membri della famiglia comunicano sui problemi famigliari?

- prendono decisioni di comune accordo?
- si sostengono l'un l'altro in caso di bisogno?

2. la comprensione della malattia e della terapia:

Può essere sondata con le seguenti domande:

- il bambino ha sufficiente conoscenza della malattia per trovare motivazione alla terapia?
- il livello di comprensione della famiglia è sufficientemente adeguato riguardo la diagnosi, la genetica, lo stato attuale di salute, il trattamento?

3. l'adattamento alla malattia da parte della famiglia e del paziente:

Può essere sondata chiedendosi se:

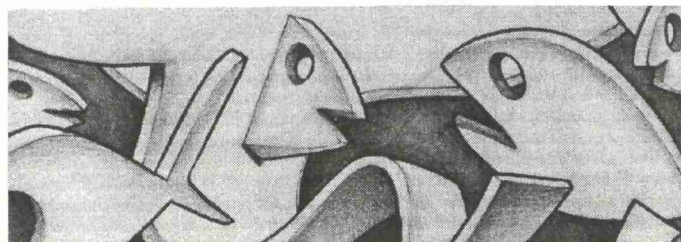
- il paziente partecipa attivamente (specie se è adolescente) alla cura della propria salute?
- i famigliari si distribuiscono i compiti della terapia?
- riesce la famiglia ad organizzare ed integrare la cura nella normale vita quotidiana?

4. l'inserimento sociale del paziente:

Può essere sondato chiedendosi se:

- il paziente frequenta regolarmente la scuola?
- quante assenze ha fatto negli ultimi 3 mesi?
- ha problemi di inserimento/adattamento scolastico?
- è inserito in gruppi associativi?
- pratica regolarmente attività sportiva o motoria?

Su tutti questi temi la comunicazione fra medico curante, Centro e servizi è fondamentale!



LE CONDIZIONI PER UN INVIO RAPIDO AL CENTRO

Vi sono alcune situazioni cliniche particolari che necessitano di un invio al Centro di riferimento per potere essere affrontate in maniera più rapida e radicale.

Elenchiamo quelle più frequenti.

1. Ileo da meconio-equivalente.

Insorgenza di dolori addominali molto violenti prevalentemente irradiati al quadrante inferiore destro e/o massa addominale palpabile, distensione addominale e vomito.

La sindrome ha l'aspetto clinico di una occlusione ed è causata da processi ostruttivi a livello dell'ileo terminale e del cieco.

2. Emoftoe.

La emissione di striature di sangue è frequentissima ed è frequente la emissione di piccole quantità di sangue rosso vivo: ambedue non costituiscono motivo di allarme. La loro causa è spessissimo dovuta ad infezione e necessitano perciò di terapia antibiotica.

La emissione di oltre 100 ml. di sangue vivo deve indurre, invece, ad inviare il paziente al Centro.



3. Ematemesi/melena in presenza di milza e fegato palpabili.
È segno di probabile ipertensione portale.

4. Dolore toracico improvviso con dispnea.

È segno di pneumotorace.

In tal caso è opportuna una rx del torace. Se in proiezione anteroposteriore essa mostra una raccolta di aria inferiore al 10% rispetto all'area polmonare sottostante, il paziente va tenuto osservato; ma è bene che ciò avvenga presso il centro specialistico. Se l'area è superiore al 10%, occorre drenarla.

5. Ostruzione nasale importante e persistente

È probabile segno di poliposi nasale.

6. Prolasso rettale.**7. Dimagrimento inspiegato e/o glicosuria:**

Si tratta probabilmente della insorgenza di un diabete mellito.

Il diabete è complicazione che si manifesta tardi: nell'adolescente e nell'adulto.

In questa età interessa l'8-10% dei pazienti ed è dovuta a fibrosi pancreatiche che compromettono la produzione sia di insulina che di glucagone; per questo il diabete del fibrocistico è un diabete particolare che non si manifesta con chetoacidosi.

CONCLUSIONI

Esiste sicuramente oggi una insufficiente ed insoddisfacente collaborazione fra medico di base e Centro specialistico per FC. La ricerca della motivazione di questo stato di cose non è oggetto di approfondimento in questa nota che vorrebbe invece iniziare a colmare questa separazione.

È certo comunque che la deospedalizzazione sempre crescente dettata da problemi economici e da motivi psico-sociali porterà inevitabilmente ad un maggiore coinvolgimento del medico curante.

Non abbiamo, in questa nota, presentato dei protocolli perché le strategie assistenziali sopra riportate possono trovare applicazioni in protocolli che i singoli Centri possono produrre insieme al medico curante.

Quest'ultimo dovrebbe anzi chiedere che il Centro, insieme con lui, produca protocolli assistenziali adeguati:

- alle sue possibilità;
- alla distanza che separa il malato dal Centro;
- alle disponibilità che i servizi della AUSL offrono al curante stesso.

Noi, che operiamo in uno dei due Centri dell'Emilia Romagna e nella pediatria di base, dopo la ricerca ACP-Negri sulle malattie croniche, questo tentativo di strutturare un rapporto fra Centro e curante lo abbiamo fatto: questa nota è frutto di questa esperienza.

Contiamo che questa collaborazione possa portare, nel prossimo futuro, a risultati positivi. Se sulla metodologia di questa collaborazione i lettori vogliono qualche dettaglio possono scrivere a noi o a Quaderni ACP.

Linee guida per la lettura di un radiogramma toracico

di G. Mastella *

* Servizio Malattie Respiratorie Digestive Età evolutiva
Centro Regionale Veneto Prevenzione, Cura, Ricerca e Insegnamento per la Fibrosi Cistica
- Ospedale Civile Maggiore - U.S.S.L. 25 di Verona

1° STEP - Saper valutare la qualità di un esame radiografico

- Proiezioni

L'esame Rx del torace dovrebbe essere sempre eseguito in due proiezioni: antero-posteriore (AP) e laterolaterale (LL). La mancanza di LL può far trascurare alcune lesioni, ne impedisce la corretta localizzazione, trascura la tridimensionalità del torace.

- Penetranza di raggi

Poco penetranti (raggi "molliti"): radiogramma troppo bianco (evidenzia troppe strutture impedendone la separazione e limitando la definizione tra reperti normali e patologici, con possibile sovrastima patologica; adatti solo per studio di vasi).
Troppo penetranti (raggi "duri"): radiogramma troppo scuro (può far sottostimare immagini patologiche).

Un criterio per valutare la correttezza di "esposizione" nella proiezione AP è la possibilità di distinguere nel radiogramma l'immagine colonna vertebrale dall'ombra cardiaca.

- Correttezza dell'inquadratura

Controllare la simmetricità del torace in

AP: asse testa-sterno, posizione delle braccia.

In proiezione LL controllare la visibilità dei processi spinosi vertebrali e la posizione del capo (un capo molto inclinato in avanti può dare una cifosi da posizione). Controllare false immagini (sovrapposizione di arti, di vestiti, di oggetti, ecc.).

- Postura del soggetto

Il radiologo dovrebbe comunicare in quale posizione del soggetto è stato preso il radiogramma.

Postura eretta (in piedi): è lo standard ideale (completa espansibilità del torace).
Postura seduta: può rendere sollevato il diaframma e ridurre il volume polmonare.
Postura supina: fa risalire il diaframma riducendo il volume polmonare e modificando l'immagine apparente dell'ombra cardiaca.

Postura distesa laterale: è da raccomandare solo quando si sospettano versamenti pleurici.

- Fase respiratoria

Il radiologo dovrebbe segnalare in quale fase di respiro è stato preso il radiogramma.

Lo standard ottimale è la fase inspiratoria a volume quasi pieno.

Per problemi particolari (atelettasie, asimmetrie di trasparenza, ecc.) è conveniente avere in AP due radiogrammi: inspirazione piena ed espirazione completa.

In espirazione completa il polmone è meno trasparente, i diaframmi sono sollevati e possono sfuggire ombre non clamorose.

2° STEP - Saper riconoscere l'anatomia del torace attraverso il radiogramma

- Gabbia toracica

Colonna vertebrale: riconoscerne le eventuali deviazioni assiali.

Clavicole e scapole: localizzarle e distinguerle dal contenuto toracico (false ombre polmonari).

Costole: riconoscerne il decorso, dall'attacco vertebrale alla giunzione condro-sternale (orizzontali posteriormente, oblique anteriormente); saperle numerare; controllare gli spazi intercostali per valutarne l'omogeneità e la simmetria; riconoscere le deformità costali.

- Sterno

Diaframma: individuarne la forma (a cupola, piatta), la simmetria di posizione (in genere l'emidiaframma destro è un po' più alto in inspirio) e di forma, la nitidezza del profilo sia in AP che in LL fino alla sua inserzione vertebrale e costale (profili non riconoscibili indicano alterazioni polmonari e pleuriche nella zona corrispondente).

- Visceri

Mediastino e cuore: valutare la nitidezza o meno dei profili; in particolare, dei profili inferiori dell'ombra cardiaca (la scomparsa del profilo indica densità polmonare nel lobo medio a dx e nella lingua a sx); valutare dimensione e morfologia dell'ombra cardiaca; non trascurare il mediastino superiore (grandi vasi, timo);

considerare le ombre ilari (linfonodi, densità localizzate o irradianti).

3° STEP - Saper riconoscere anomalie di trasparenza polmonare

Ipotrasparenza

- Ombre lineari

Opacità a striscia a decorso lineare o curvo o a rete.

Valorizzare soprattutto le ombre di periferia.

Ombre vasali (accentuate nei radiogrammi "molliti").

Ispessimento pareti bronchiali (ombra a binario).

Ispessimento trama vascolo-connettivale interstiziale (edema interstiziale, flogosi interstiziale, fibrosi).

Atelettasie subsegmentali.

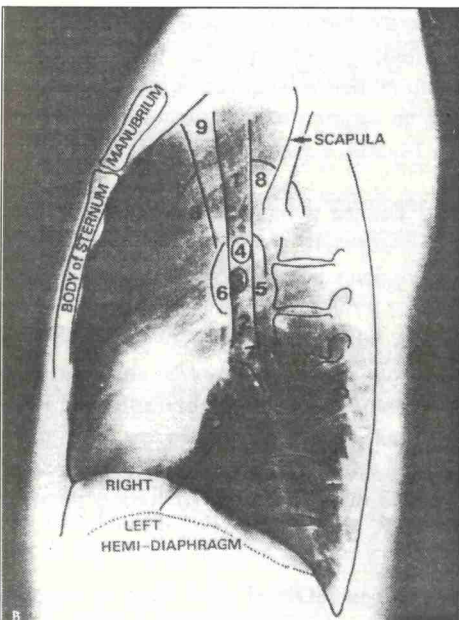
Ispessimenti scissure pleuriche.

- Ombre nodulari o a chiazze

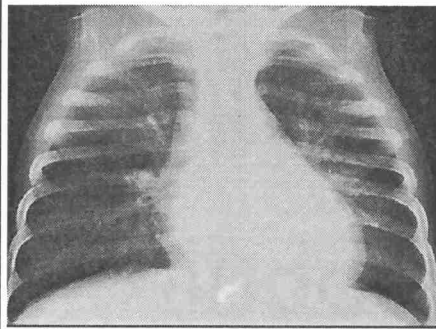
Opacità a contorni sfumati di diametro 3-6 mm.

Minuti focolai infiltrativi (anche confluenti).

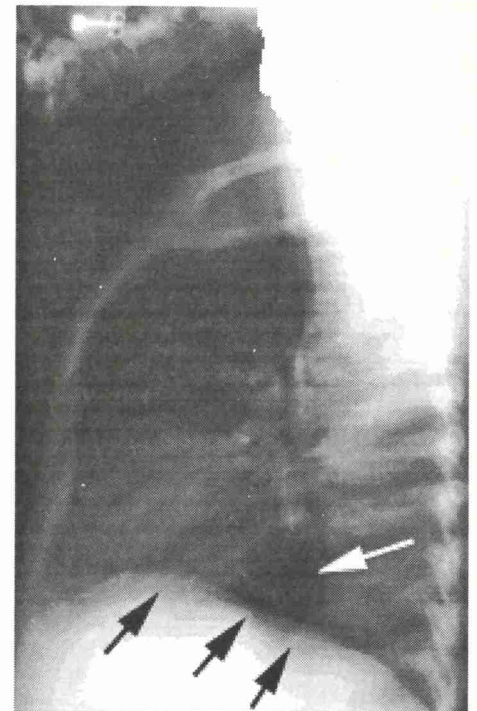
Minute atelettasie.



Rappresentazione schematica della normale silhouette dei due emidiaframmi in proiezione laterale



Una polmonite lobare può essere difficile da riconoscere in regione retrocardiaca in particolare nella proiezione anteroposteriore. Questo paziente, ad esempio, presenta una polmonite lobare del lobo inferiore sinistro. Sul radiogramma in proiezione laterale è possibile evidenziare che l'emidiaframma sinistro (frecche nere) ha perso la sua "silhouette". L'interpretazione del radiogramma in anteroposteriore è invece decisamente più difficile.



Radiografie tratte dal sito web medconnect

- Ombre anulari

Opacità ad anello denso con trasparenza centrale (sono normali vicino agli ili - sezioni di bronchi normali) di dimensioni in genere 3-7 mm.

Bronchiectasie.

Ascessi svuotati (piccoli pneumatoceli).

- Ombre cavarie

Opacità a grande anello con trasparenza centrale.

Cisti.

Pseudocisti.

Pneumatoceli.

- Grosse ombre

Opacità più o meno compatte, maggiori di 7-8 mm, interessanti l'intera area di un polmone oppure di un lobo o di un segmento o di un subsegmento.

Infiltrati (polmoniti): non perdita di volume.

Atelettasia: riduzione di volume (attenzione alle concavità delle delimitante, agli spostamenti mediastinici, alla riduzione degli spazi intercostali).

Versamenti pleurici.

Ipertrasparenza

Localizzata

Enfisema compensatorio.

Enfisema lobare congenito.

S. di McLeod.

Pneumotorace (polmone più o meno collassato).

Generalizzata

Iperinflazione (enfisema ostruttivo) di solito accompagnato a spiazzamento diaframmatico e, nelle forme gravi, a raccolta d'aria retrosternale con cifosi sternale e vertebrale.

4° STEP - Saper localizzare le lesioni

Valersi di proiezioni

Riconoscere rapporto delle lesioni con le principali scissure pleuriche

Valorizzare il segno della "silhouette" (cardiaca e diaframmatica).

Prevenzione delle convulsioni febbrili

a cura della divisione pediatria Ospedale Bufalini Cesena

Che cos'è una convulsione febbrile

È una complicazione della febbre, piuttosto comune nei bambini. essa è dovuta al fatto che il sistema nervoso di alcuni bambini è particolarmente eccitabile in presenza di febbre.

Le convulsioni sono pericolose?

Esse sono un'esperienza sempre traumatizzante per i familiari; però, il bambino tornerà in perfetta salute una volta finito l'attacco. L'unica cosa importante è che questo non duri troppo a lungo perché, durante la convulsione, al cervello giunge poco ossigeno.

Il medico deve essere sempre e comunque consultato.

Le convulsioni possono ripetersi?

Questa è un'eventualità piuttosto frequente: circa un bambino su tre che ha avuto una convulsione ne avrà probabilmente un'altra. Ma questa percentuale diventa decisamente minore se si adottano tempestivamente le misure di prevenzione che più avanti vi indicheremo.

Le convulsioni febbrili continueranno dopo l'infanzia?

No. Il rischio di convulsioni febbrili cessa dopo l'età di 5-6 anni.

Prevenire il rischio delle convulsioni

Esistono dei metodi di prevenzione delle convulsioni. Alcuni di questi, ormai abbandonati, prevedono la somministrazione continua di farmaci anticonvulsivanti per un periodo di almeno 2 anni. Questo metodo ha però degli inconvenienti: il primo è quello di sottoporre, per

un lungo periodo, a più somministrazioni quotidiane di medicine che presentano (come tutte le medicine) anche degli effetti negativi. Per questo motivo, attualmente si preferisce somministrare un farmaco anticonvulsivante solo nel momento di maggior rischio, cioè all'inizio della febbre.

Cosa si deve fare se a un bambino che ha già avuto convulsioni viene la febbre?

1- Preoccuparsi di mantenere bassa la temperatura corporea dandogli il farmaco antipiretico per bocca (a meno che non sia presente vomito) perché l'assorbimento delle supposte è sempre incerto. Il farmaco va somministrato, nel caso particolare di un bambino che abbia già avuto convulsioni, anche per febbri molto modeste (da 37,5° in su) che, in altri casi, non richiederebbero alcun trattamento; va dato subito, all'inizio dello stato febbrile, e continuato ogni 6 ore fino al normalizzarsi della temperatura.

La Tachipirina sciroppo si somministra con questo dosaggio:

peso del bambino ogni sei ore	dosaggio
8-10 Kg	3-4 cc
11-15 Kg	4-5 cc
16-20 Kg	6-7 cc
21-25 Kg	8-9 cc

N.B.: i cc sono centimetri cubi e si misurano con una siringa da 5 o 10 cc.

2 - Somministrare al bambino gocce anti-

convulsivanti (Valium 2) che si devono sempre avere a disposizione in casa (e ricordate di tenerle sempre lontano dalla portata dei bambini).

Le gocce devono essere somministrate almeno per i primi due giorni di febbre o anche più a lungo se la febbre rimane alta (oltre 38°). Possono dare un po' di sonnolenza ma non hanno comportano altri inconvenienti.

Ecco il dosaggio del Valium 2:

una goccia per ogni chilogrammo di peso del bambino ogni 8 ore

(quindi, per esempio, un bambino di 10 chili prenderà 10 gocce ogni 8 ore, mentre 14 ne saranno somministrate a un bimbo di 14 chili, e via così)

3 - Tenere il bambino in luogo fresco. Non coprirlo troppo. Somministrargli abbondanti liquidi, possibilmente zuccherati.

Se la febbre rimane alta, nonostante le medicine, si può provare ad abbassarla (se è almeno 39-39,5 gradi) applicandogli una borsa di ghiaccio sul capo o praticando sul corpo del piccolo delle spugnature tiepide ma non fredde (il freddo provoca brividi).

Che cosa NON si deve fare in caso di febbre?

1 - Dare dosi troppo alte o troppo ravvicinate di antipiretici.

Somministrare "cocktail" di diversi antipiretici, perché il bambino potrebbe andare incontro a una intossicazione da farmaci.

2 - Somministrare antibiotici non prescritti dal medico:
gli antibiotici non servono a fare abbassare la febbre.

Come evitare che le convulsioni, in caso di ricaduta, durino troppo

1 - Non perdetevi la calma, non correte subito in ospedale o dal medico. Quando arriverete, probabilmente, la convulsione sarà già finita e se, invece, perdurasse avrete perso del tempo prezioso per stroncarla dall'inizio.

2 - Tenete il bambino disteso sul suo lettino senza troppi panni addosso e senza perdere tempo in inutili tentativi quali bagni caldi, frizioni di aceto o altro. Non è indispensabile introdurre le dita o altri oggetti nella bocca del bambino.

3 - Se, dopo pochi minuti, la crisi non cessa spontaneamente, praticate un clistere con il farmaco e con le modalità che vi saranno illustrate qui di seguito.

4 - A questo punto, solo dopo aver fatto voi stessi le prime cose urgenti, portate il piccolo dal medico o in ospedale. Un bambino che ha avuto una convulsione deve sempre essere visto dal medico.

Come si fa il clistere?

Tenete sempre pronte, possibilmente in un'unica scatola di cui siano a conoscenza tutti gli adulti della famiglia:

- alcune siringhe di plastica a 1cc
- alcune fiale di EN da 2 mg.

1 - Aspirate nella siringa le seguenti dosi di EN:

da 8 a 10 Kg, EN da 2 mg = 1/2 fiala
da 13 a 16 Kg, EN da 2 mg = 3/4 fiala
da 17 Kg in poi, EN da 2 mg = 1 fiala

2 - Togliete l'ago dalla siringa

3 - Introducete la siringa nel retto del bambino per circa 5 centimetri (come si fa per un normale clistere) e iniettate rapidamente.

Se il bambino dovesse avere una scarica diarroica, dovrete ripetere la manovra.

BAMBINI E SANITÀ: LA CACCIA È SEMPRE APERTA

Con grande soddisfazione degli appassionati, proseguendo una tradizione ben consolidata, anche le nuove Direzioni Generali (o, meglio: management) hanno riconfermato l'apertura perenne della caccia al bambino senza limitazione di specie. La truppa di cultori di questa appagante disciplina è sempre più folta e variegata nella sua composizione e, accanto alla tradizionale figura del pediatra, anch'essa composita per il vero, hanno fatto la loro comparsa veri e propri artisti della materia, capaci di innovazioni tali da sconcertare i puristi. Il medico sportivo, tanto per fare un esempio, non stana personalmente il bambino ma sfrutta la cieca obbedienza alle leggi delle società sportive che ignare (o incuranti) della sua brillante mimetizzazione gli affidano i piccoli. Questi non mostrano alcun timore, tale è l'abilità del cacciatore, e pascolano tranquilli vicini al loro carnefice, quando improvvisamente - vengono catturati con un'astuta presa di tonsilla o di prepuzio fimotico. Altri si sono specializzati e sono interessati non alla preda intera ma solo a una parte. Per esempio, gli occhi, gli orecchi, la pelle, lo scheletro e così via. E, cosa da non credere, riescono anche qui a trarne un guadagno. I cacciatori tradizionali, i pediatri di base, hanno spesso protestato contro questa invasione delle loro riserve ma poi, fatto buon viso a cattivo gioco, hanno pensato bene di utilizzare le stesse tecniche venatorie. Si sono, infatti, visti gli ospedalieri e gli universitari, usi da sempre alla caccia d'appostamento della grossa selvaggina, cominciare a uscire dai loro capanni e organizzare grandiose battute nel territorio con grande dispendio di mute di specializzandi da fiuto e da riporto. Per tacitare i malpensanti, va sottolineato l'alto contenuto ecologico di questa svolta; tutti ormai sanno come il bambino malato acuto sia ormai una specie in via di estinzione, mentre ancora abbonda ovunque il bambino sano. Specie, quest'ultima, poco apprezzata per le sue grandi capacità di sfuggire alla cattura ma, che inserita nel più idoneo habitat delle campagne di screening per altezza, peso e sviluppo puberale, si è rivelata preda più facile e capace di sfamare un incredibile numero di seguaci di Artemide. L'attività meritoria della confraternita ospedaliera di caccia si è ulteriormente arricchita

ta con la creazione di sezioni dedite al ripopolamento della selvaggina. I metodi utilizzati sono altamente innovativi. Se i cuccioli, infatti, fossero liberati nel loro territorio e qui abbandonati a se stessi, cadrebbero immaturamente vittime di una categoria di cacciatori particolarmente aggressiva, i PDB muniti di licenza tipo SSN (Solo Sani Normali). Per evitare tutto ciò, con ingegnose tecniche di richiamo quali invitanti aree protette, mangime facilmente disponibile e induzione di condizionamenti pavloviani, i cuccioli vengono attirati continuamente nell'allevamento in cui sono nati e seguiti nel tempo fino allo stadio di selvaggina matura per la caccia pur rimanendo prevalentemente a disposizione dei cacciatori che, tutto sommato, li hanno praticamente visti nascere. In tutto questo gioioso "panorama", si nota però un piccolo neo: l'aumento della specie "malato cronico", da sempre avara di soddisfazioni. Il cacciatore cerca nella propria attività il piacere del bel gesto tecnico, l'impegno intenso ma rapido e coronato dal successo, la cattura e la fruizione della selvaggina, spazi luminosi e ridenti come palcoscenico della sua performance.

Il cronico, invece, aggirandosi con petulante assiduità nelle zone di caccia e offrendosi sfacciatamente alla cattura, si presenta come un facile obiettivo; è in realtà preda ostica - spesso da inseguire in habitat spogli e deprimenti - e talmente refrattaria agli interventi usuali da risultare spossante e, alla fine, priva di un concreto interesse. La maggior parte della categoria tende perciò a disinteressarsene e a lasciarne la cura a compagnie di bracconieri che, proprio per le caratteristiche dei soggetti, arrivano a utilizzare sistemi tutt'altro che ortodossi ma che comunque sufficientemente riescono a evitare una indebita mescolanza con la selvaggina più pregiata.

In mezzo a tanta aggressività, le associazioni di appassionati, come i pediatri di comunità, stentano a orientarsi. Non trovano più bambini e (dobbiamo dire, con molto dispiacere) non riescono quasi mai a onorare il carnere, tanto che - si mormora - intendono modificare il proprio statuto e trasformarsi in guardacaccia.

Il nostro augurio è che questo frutto della nostra società non venga messo in pericolo da inopportuni scrupoli pseudo-etici e intempestive considerazioni costo-efficientistiche. Buona caccia a tutti.

Lucio Piermarini

Il programma di Formazione Continua ACP

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

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.

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.

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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