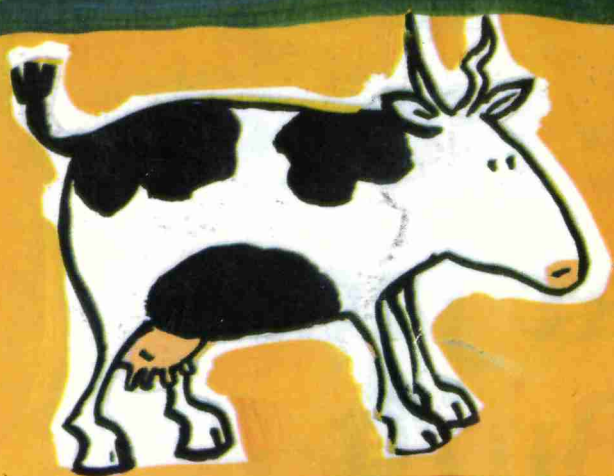


# Aquaderni

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

## COME UNA FAVOLA



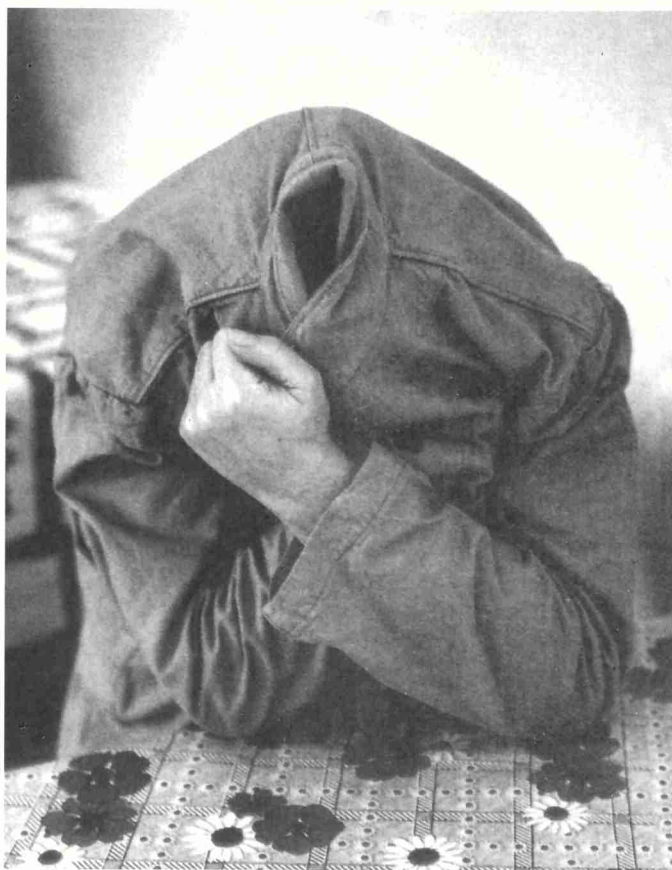
## COME UN INCUBO



# 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.



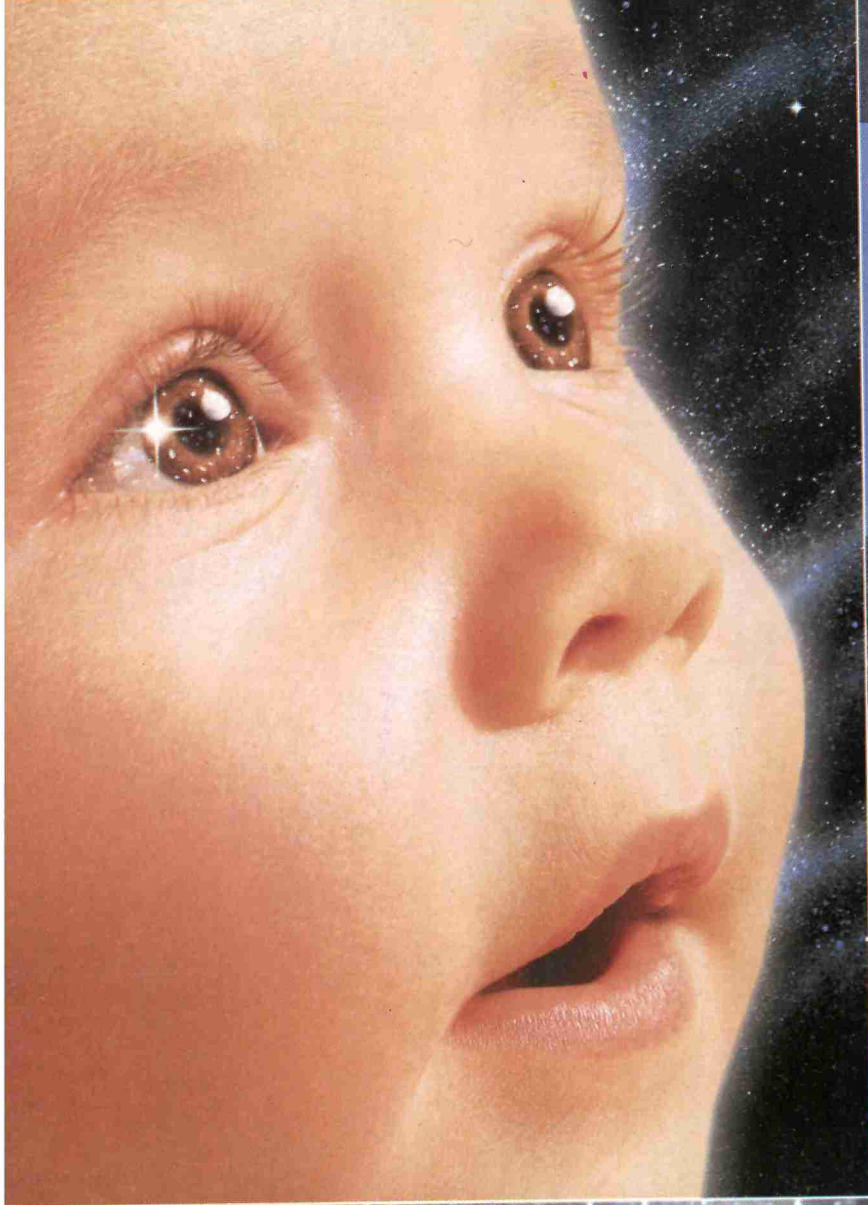


**I bambini  
di oggi  
saranno  
i ragazzi del  
21° secolo**



**ABBOTT**





# La Nuova l'infanzia.



**ABBOTT**



# Similac FormulaPlus

## ra nell'alimentazione per

- Dopo 30 anni di esperienza ancora una volta Abbott dà inizio ad una Nuova Era nell'alimentazione per l'infanzia.
- Similac **FormulaPlus** è una formula unica, nella quale ogni componente è frutto di un'approfondita ricerca clinica.
- Grazie alle sue caratteristiche innovative, è in grado di fornire risultati clinici ancora più simili al latte materno, come dimostrano gli studi condotti su oltre **4.700** lattanti.

### L'innovazione e l'equilibrio dei componenti:

- **Nucleotidi**, per la prima volta aggiunti ad una formula.
- **Grassi**, con un rapporto ottimale tra acido linoleico e  $\alpha$ -linolenico.
- **Proteine**, studiate per un migliore profilo plasmatico di aminoacidi essenziali.
- **Ferro**, adeguato ai diversi fabbisogni del primo anno di vita.

### I risultati nei lattanti:

- Modula lo sviluppo del sistema immunitario del lattante.
- Promuove uno sviluppo delle facoltà visive, intellettive e psicomotorie analogo a quello dei bambini allattati al seno.
- Garantisce un eccellente assorbimento dei grassi e del calcio.
- Determina una consistenza delle feci analoga a quella dei bambini allattati al seno.
- Riduce l'incidenza di diarrea.

# Similac FormulaPlus

**Il nuovo standard di riferimento  
dei latti formulati per l'infanzia.**



# VIII Congresso Nazionale ACP

Verona - Agricenter, 4 - 6 ottobre 1996

Cari amici, vorrei illustrarvi per grandi argomenti il programma di questo Congresso perché intendiate il senso che abbiamo voluto dargli.

I punti forti sono quattro:

1. Ragionare sulla ricerca ambulatoriale che in Italia ha molti problemi e non ha mai raggiunto le dimensioni e l'attualità di quella nordamericana. Sabato e domenica (giornata della ricerca in pediatria ambulatoriale) si proverà a fare il punto della situazione in Europa e in Italia, quindi lo si confronterà con lo stato della ricerca ambulatoriale negli USA.

Il professor Dewitt ci permetterà di farci un'idea delle differenze e noi dovremo cercare di capirne i perché.

2. Presentare, su grandi temi di attualità, alcune ipotesi dell'ACP elaborate da quattro gruppi di studio istituiti ad hoc dal Consiglio direttivo.

Questi ultimi strumenti congressuali, relativi alla presentazione e alla discussione di ipotesi di lavoro, seguono un approfondimento intervenuto in seno al consiglio direttivo dell'ACP. Essi, in sede di Congresso nazionale, dovrebbero sostituire i gruppi di studio. Si è ritenuto, infatti, che i gruppi di studio debbano rimanere come carattere distintivo dell'aggiornamento attivo dei gruppi locali, mentre il Congresso nazionale dovrebbe essere riservato alla discussione di ipotesi più globali.

Di questa nuova modalità, e di altro, si parlerà ovviamente nell'assemblea dei soci la quale deve, fra l'altro, eleggere quattro membri del Consiglio direttivo venuti a scadenza nel 1996.

3. Messe a punto importanti sono state affidate a Franco Panizon e a Marcello Orzalesi su due temi di grande interesse sul piano della Sanità pubblica e su quello "contabile" dei costi/benefici. Al significato più vasto del termine Salute è dedicata la relazione sulla città per il bambino che è un argomento ormai caro ai congressi ACP.

4. L'aggiornamento è affidato ai temi che saranno approfonditi da Della Bernardina e alle novità in Farmacologia che saranno molto brevi e centrate su argomenti di largo interesse. L'aggiornamento avanzato, che riguarderà le prospettive di sviluppo della Pediatria in alcuni campi di grande interesse, è affidato a Cabrini e a Biondi.

Ci sembra un Congresso interessante, compatto e centrato su temi per i quali è necessaria una riflessione da parte di tutti.

Da non trascurare che tutt'intorno al Congresso ci sarà Verona: il Mantegna, l'Arena, gli Scaligeri, S. Fermo e S. Zeno (i congressisti li potranno vedere domenica pomeriggio, i familiari anche prima) ma anche il valpolicella, il soave e il bardolino.

Che altro?

Attenzione, però: se volete una buona sistemazione alberghiera prenotate entro il 14 settembre!

Giancarlo Biasini

## VENERDÌ 4 OTTOBRE

*Mattino*

Riragioniamo sulle Vaccinazioni (F. Panizon)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. ad opera dei Gruppi di studio: *Una politica per gli screening nell'età evolutiva* (Coordinatore: D. Baronciani)

L'influenza delle biotecnologie sulla evoluzione della 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? (M. Orzalesi)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei Gruppi 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. Dewitt, S. Del Torso)

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei gruppi di studio: *L'approccio comunitario alla salute del bambino/adolescente* (Coordinatore: L. Acerbi)

Una città possibile per i bambini (F. Tonucci, L. Zevi)

*Pomeriggio*

Presentazione e discussione di documenti A.C.P. a opera dei Gruppi di studio:

L'allattamento al seno: incentivarlo a fatti o a parole (Coordinatore: S. Continibali)

Novità in Farmacologia (L. Bozzini)

Assemblea Generale A.C.P. con rinnovo parziale del Direttivo

## DOMENICA 6 OTTOBRE

Spazio dedicato alla ricerca in Pediatria Ambulatoriale (Coordinatore: M. Gangemi)

Storia naturale del Wheezing: i risultati a 7 anni in una coorte di bambini nel Veneto (M. Agostini)

Curare meglio a meno (G. Tamburlini, R. Buzzetti)

La ricerca in Pediatria Ambulatoriale: il contesto italiano e internazionale negli ultimi 10 anni

(M. Bonati, M. Gangemi, F. Marchetti, G. Tamburlini).

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

**c/o Michele Gangemi - Via Carlo Ederle n° 36 - 37126 VERONA. Tel. e Fax.: 045 / 9139 88**

Per prenotazioni alberghiere rivolgersi entro il 14 - 9 - 1996 a: Cooperativa Albergatori Veronesi: Via Patuzzi 5, 37121 Verona. 045 / 8009844 Fax 045 / 8009372.



# 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

*Direttore 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

P. R.: Ester Prina

*Le illustrazioni di questo numero sono di Emily Bolan tratte da "The House that Jack Built" Edizioni Macmillan*

*Il disegno di copertina è di Emily Bolan*

*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 - Fax 091/6732754

*Pubblicità:* Comunicazione P.R. Viale Boezio, 4 - 20145 Milano - Tel. 02/33604500

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale Anno III - n° 4 - Luglio/Agosto 1996

L'editore riconosce i diritti ai legali aventi diritto.

Spedizione in A.P. comma 26 art.2 L. 549/95 PA

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 della  
**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

## quaderni

- 4** Il fatto del mese  
Milleduecento governanti a parlare di pedofilia  
*rubrica redazionale*
- 5** Editoriale  
La Mucca pazza e i bambini di Milano  
*Giancarlo Biasini*
- 6** Congressi controluce  
*rubrica redazionale*
- 8** Ricerca  
Reazioni avverse da farmaci in pediatria di base  
*P. Impicciatore, A. Addis, D. Miglio, V. Pistotti, M. Bonati*
- 14** World - info  
*rubrica redazionale*
- 16** Libri  
*rubrica redazionale*
- 18** Info  
*rubrica redazionale*
- 20** Organizzazione sanitaria  
Centri di costo e centri di responsabilità  
*Materiale didattico Corso ACP per dirigenti ospedalieri*
- 22** Osservatorio Internazionale  
Farmaci in Bosnia e pediatri a Mostar *Maurizio Bonati*  
Piante pazze nel terzo mondo *Pino La Gamba*
- 26** Info  
Nessuno scrive al colonnello  
*Lettere di solo andata*
- 28** Letture  
Il medico odiato e parodiato  
*Giancarlo Biasini*
- 29** Lettere  
La Cumi e la nuova convenzione  
La Fimp e la nuova convenzione
- 30** Appuntamenti  
*rubrica redazionale*

## ausili didattici

- 32** Leggere & Fare  
Informazioni pratiche per persone pratiche  
*rubrica redazionale*
- 36** Bilanci di salute  
Colloquio prenatale nei corsi di preparazione al parto  
*Giancarlo Cerasoli*
- 40** Un po' per gioco  
L'assurdo e il bizzarro sempre (o quasi) senza ostilità  
*rubrica redazionale*
- 42** ABC di emergenze in pediatria  
Rianimazione Cardio-Polmonare nei bambini da uno a otto anni  
*Franco Dessì e Salvo Fedele*
- 46** Saper fare  
La Sindrome di Turner  
*Divisione pediatrica "Ospedale Bufalini" Cesena*
- 49** Il programma di Formazione Continua ACP  
Istruzioni per l'uso



# Milleduecento governanti a parlare di pedofilia!

I fatti dell'estate ci hanno portato a discutere, sotto l'ombrello, di pedofilia. Il Belgio ci ha regalato i fatti di Marcinelle, in un albergo della riviera romagnola è stato denunciato un altro belga che pare violentasse suo figlio, episodi italiani sono stati riferiti al sud ed al nord. I giornali hanno ri-trascinato sulle loro pagine, la Thailandia, Fortaleza e gli amori con le minorenni, le bambine/i prostitute/i, il Brasile con i bambini di strada, i "cheira cola", i bambini venduti interi o per organo e altro.

Ancora una volta una gran confusione. Giusto per non capire. C'è stato, a Stoccolma, un congresso con 1200 partecipanti fra ministri, sottosegretari, funzionari.

Chissà che spesa!

Il ministro Livia Turco ha dichiarato a Stoccolma che a settembre sarà varata, in Italia, una legge che *inasprisce* le pene per le violenze sessuali sui minori, la produzione e la detenzione di materiale pornografico. Tranquilli, cari connazionali: per i bambini sarà tutto a posto dopo questa legge!

Il ministro inoltre ha suggerito di stanziare cifre adeguate per venire incontro ai bisogni dei bambini poveri nei paesi in via di sviluppo. Forse ha dimenticato, il ministro, che nel suo paese ci sono regioni, comuni, quartieri anche loro nelle condizioni del sottosviluppo, che anche nel suo paese ci sono i bambini di strada, i baby-corrieri di droga e i bambini di mafia. E che fra i 200 milioni di baby-workers (ma sono molti di più se solo l'India ne ha 115 milioni) ve ne sono anche di nostri sol che si pensi che in Gran Bretagna ce ne sono fra 1 milione e mezzo ed oltre 2 milioni, come si è detto alla conferenza di Dublino il 19 agosto 1996 (*Lancet* 1996;348:539).

Allora tutti eguali, tutti colpevoli, tutti solidali? A noi sembra vano adottare la teoria del villaggio globale, dire che tutto il mondo è colpevole, discutere questi problemi fra 1200 partecipanti ad un congresso mondiale quando l'avvio alla soluzione dei problemi non può che nascere dallo studio preciso, appassionato di condizioni locali, regionali, nazionali.

Il congresso dei milleduecento può avere valore di stimolo, ma quando Livia Turco è tornata a casa, o si è messa a ragionare sui dati italiani o la sua permanenza fra i milleduecento è stata perfettamente inutile. Una gran confusione dicevamo: i problemi dell'infanzia rischiano di essere ridotti a quelli della pedofilia, che è solo una cancerosa escrescenza di un altro problema generale: quello del *non rispetto* dell'infanzia. Per affrontare i problemi dell'infanzia non è certo sufficiente (e può essere confondente) guardare alle manifestazioni più aberranti che sono quelle dell'abuso sessuale.

Quando tutti i pedofili fossero in galera, con pene *inasprite*, rimarrebbero le condizioni di *non rispetto* dell'infanzia che darebbero comunque i loro problemi. Affrontare in tal modo la questione vuol dire prendere i problemi per la coda.

Se si vuole capire occorre cominciare da forme più "silenziose" come l'incuria quotidiana, la disattenzione, l'abbandono affettivo che sono esse stesse forme di abuso e che noi pediatri vediamo manifestarsi "clanicamente" con le difficoltà del linguaggio, dell'apprendimento e, ancora più silenziosamente, con i ricoveri ripetuti, con la non-vaccinazione, con la non-frequenza negli ambulatori dell'area delle cure primarie, con le malattie psicosomatiche, con il lavoro minorile, con la dispersione scolastica. È veramente senza senso e drammatico che, invece di occuparsi di questi che sono i problemi veri, assai spesso l'*Autorità* che rappresenta lo stato invii i ginecologi a ricercare i segni dell'abuso sessuale in bambine di 6-7 anni (magari anche in bambini!).

Spesso, in questi ambiti, le modalità di "accertamento" dell'abuso sono assai più abusanti dell'abuso stesso. Così dice chi vi ha assistito.

Insomma, o si comincia dai problemi veri, o tutto sarà vano. Del resto le condizioni dell'infanzia, come quelle della vecchiaia, degli handicap e di tutte le condizioni "deboli", dipendono dal posto che la società e lo stato hanno loro riservato e dalle risorse che, sempre la società e sempre lo stato, hanno messo a loro disposizione.

E non ci sono santi che tengano: se la condizione dell'infanzia oggi, qui in Italia, desta preoccupazione è necessario ritenere, fino a prova del contrario, che il posto che *questa* società e *questo* stato hanno riservato all'infanzia ha margini di agibilità troppo stretti. Sosteniamo da tempo, da pediatri che si occupano della salute dei bambini, che lo stato ha assunto nei riguardi dell'infanzia quell'atteggiamento di "*vigile estraneità*" che è stato denunciato al convegno di Napoli del maggio 1995. La "*vigile estraneità*" dello stato ha rappresentato, in questo paese, una delle prime espressioni di una forse inconscia privatizzazione dell'infanzia che si può sintetizzare nel "*la famiglia a tirar su i figli si arrangi; noi abbiamo altro da fare*".

Non è un caso che l'Italia sia fra i paesi europei quella in cui le politiche sociali sono più sbilanciate a disfavore della classe di età 0-14 anni: spendiamo la metà per l'infanzia rispetto a quello che spendiamo per la classe di età 15-64 anni (quella difesa dai sindacati), se ci paragoniamo a Francia, Gran Bretagna, Svezia, Germania che spendono il doppio. Siamo quelli che spendono più di tutti in Europa per la classe oltre i 64 anni (*I bambini a rischio sociale. ESI Napoli 1995 pag 62*).

Su questi problemi in Italia non si discute da anni. Ma per affrontare i problemi dell'infanzia il ministro Livia Turco tenga conto che bisogna partire da qui. Hic Rhodus hic salta.

È quello che l'ACP proverà a fare al secondo convegno sul bambino a rischio sociale che si terrà a Palermo nella primavera del 1997. Ci saranno i ministri?



# La Mucca Pazza e i bambini di Milano

*La dominazione dell'uomo sulla natura è semplicemente una illusione, una fantasia che non potrà che essere passeggera; passeggera ed anche culturalmente naïf.*

*Ma è una illusione che ci costerà cara perché i nostri progetti e le nostre borie finiranno con l'essere deluse anche se portate avanti con costanza e spesso con genialità.*

*(Worster. Under the western skies. Oxford University press. 1992)*

Ci siamo occupati (*Quaderni ACP 1996;3:15*) del problema della encefalite spongiforme bovina (BSE) perché riteniamo che questa abbia messo in evidenza un problema nel quale si sono dati appuntamento due *tradimenti*:

- quello della classe politica che ha tenuto nascosto un pericolo reale e consistente per la salute dei cittadini, dato che il rapporto Southwood, già nel 1989 non negava la possibilità che materiale organico infetto somministrato ai bovini fosse la causa della malattia;

- quello degli intellettuali (i ricercatori) che hanno tenuto nascosti i loro dubbi, piano piano divenuti certezza, che potesse esistere una trasmissione della BSE fra le specie animali e quindi che la BSE potesse trasmettersi anche all'uomo.

A questo punto vale la pena di ricordare una piccola storia italiana.

Nel 1990, o giù di lì, la Plasmon (che allora non era ancora Heinz) ritirò dal commercio i suoi omogeneizzati di cervello. Ci fu detto, in maniera un po' criptica, che sembravano non dare garanzie di completa sicurezza. Non capimmo. Ora viene reso noto che il ritiro fu una conseguenza della lettura del rapporto Southwood da parte dei responsabili del controllo di qualità della Plasmon.

*Onore al merito*: si trattava della rinuncia ad una non trascurabile ed esclusiva fetta di mercato, della messa fuori uso di una linea di produzione e della perdita di molti miliardi di fatturato. Ma, detto questo, ci sia permesso di pensare che forse i pediatri erano abbastanza adulti da meritare una spiegazione più completa. Certo, sollevare un problema del genere, a quei tempi, sarebbe stato mettere un fiammifero nel pagliaio, ma il gesto avrebbe pagato, e come...! il coraggio di averlo fatto. Peccato! Ci fu il coraggio di perdere miliardi, ma non quello di dire una più penosa verità.

Intanto procede il lento cammino della chiarezza in campo scientifico. Abbiamo già scritto che la pubblicazione di casi di malattia di Creutzfeldt Jacob (CJ) di tipo diverso dal solito in Inghilterra e Francia, con un periodo di incubazione molto accorciato rispetto a quello del classico CJ (*Quaderni ACP 1996;3:15*), fa pensare che nell'ambito delle malattie da prioni qualcosa sia successo.

Questo è però tuttora tenuto in ombra nelle discussioni politiche e nei riferimenti dei ricercatori.

Recentemente, su *Nature* del 27 giugno, è stato pubblicato un

motivo di ulteriore preoccupazione: ricercatori francesi hanno riprodotto la malattia di CJ *del tipo nuovo* inoculando i macachi con cervello di bovini affetti da BSE, dimostrando cioè la trasmissibilità fra specie diverse della BSE, e specificamente in una specie molto vicina all'uomo. E ancora: un caso di BSE è stato descritto in un macaco di 9 anni, nato in cattività nel 1982 ed alimentato con cibi per scimmia e con proteine animali.

Altro motivo di preoccupazione: Lacey, uno studioso francese della BSE, ha fatto notare come alcuni prodotti alimentari (hamburger, vol au vents) siano fabbricati con gelatine utilizzate come addensanti. È ben noto che la gelatina è sfuggita all'embargo della CEE verso l'Inghilterra e Lacey fa notare che per inattivare i prioni occorrerebbe trattarla con temperature >138 gradi, ma la gelatina a 100 gradi si decompone: la conclusione è che la gelatina sbarcata in Europa non può essere stata trattata a 138 gradi e quindi se prioni conteneva, prioni contiene. Inoltre la gelatina non proviene da una unica parte del corpo bovino ed è quindi assai difficile sapere da che parte del bovino viene la gelatina che stiamo utilizzando.

Non esistono, poi, al momento notizie sul possibile contenuto in prioni delle gelatine.

L'istituto di malattie infettive della Università di Leeds, in Gran Bretagna, ritiene che la sicurezza della non trasmissione della BSE si ottenga solo con la distruzione di tutti i bovini inglesi, che non è esattamente quello che la CEE, a presidenza italiana, ha concordato con la Gran Bretagna.

Una cosa è comunque certa: questa avventura ci ha chiarito, ci ha dato la sicurezza assoluta, che l'agricoltura (cioè il pascolo), nel campo dell'allevamento del bestiame, non esiste più se non in aree o arretrate o volutamente tenute sotto controllo. L'agricoltura, nell'allevamento degli animali, è stata soppiantata radicalmente dall'industria. La mucca è una macchina di trasformazione nel cui stomaco viene posto combustibile prodotto industrialmente e dalla quale si ottiene una sostanza bianca sottoposta poi a trasformazioni industriali.

E poiché la natura *nihil fecit per saltum* ne paghiamo lo scotto.

Qualche anno fa alcuni spiritosi naturalisti raccontavano la storia dei bambini di una scuola elementare di Milano che erano andati a visitare la *fabbrica* del latte, cioè la famosa *centrale del latte* di Milano dove -scrivevano i bambini nei loro riassunti della visita- *si fabbricavano latte e formaggi* per la grande metropoli. Le mucche, in questa visita che riguardava la trasformazione del latte, non erano comparse. Forse non le conoscevano neanche gli insegnanti metropolitani. Così dicevano i naturalisti per stigmatizzare la cultura industro-metropolitana della scuola di oggi.

Certo i naturalisti dicevano questo un po' per gioco (e un po' per non morire), ma in realtà quei bambini metropolitani che, nei loro diari, descrivevano *fabbriche di latte* erano scaltri genietti che vedevano lontano. E noi?

G.B.



## KAMARINA

### Pediatria e "sauce bolognese"

Mettete un congresso in una località balneare, in un villaggio turistico. Mettete un congresso su una nave con croceristi in blazer bleu, musica e swing. Mettete un congresso in una località sciistica.

A chi non viene il sospetto di vacanza travestita da aggiornamento? A molti e a noi, di questa sospettosa redazione, più che agli altri. Specie se -come talora è accaduto- i lavori cominciano dopo che gli ski-lift hanno chiuso.

Qualche sospetto lecito anche per le giornate pediatriche siracusane: giugno, Sicilia, le Coefore al teatro greco della bianca Siracusa, villaggio turistico sul mare: che altro più per indurre il sospetto?

È vero: il programma del convegno poteva assicurare. Il venerdì 14 giugno lavori dalle ore 16 alle ore 19, niente break. Il sabato 15 giugno lavori dalle 9 alle 13 con un break e dalle 16 alle 19 senza break. La domenica 16 giugno lavori dalle 9.15 con un break. Fin qui il congresso alla carta. Ma quanta gente si iscrive ai congressi e non li frequenta? Magari qualche volta è capitato anche a noi di questa sospettosa redazione.

Nella realtà i due break saltano, in sala ci sono dalle 200 alle 250 persone, gli orari sono rispettati (10' di ritardo il pomeriggio del sabato, 15' di ritardo la mattina della domenica per la *défaillance* di un relatore con l'argomento *-i disturbi del sonno-* artigianalmente recuperato ed affidato a Pavone).

La discussione non è né finta, né stracca. Non succede che i relatori presenti in aula debbano *"rompere il ghiaccio"* (*Cari colleghi, dopo la brillante, esauriente, relazione del prof. Taldeitali chi comincia con le domande? chi rompe il ghiaccio?*).

Invece parla molta gente, alla fine della discussione i moderatori devono raccogliere le domande e farne un blocco perché il relatore non ce la fa a rispondere a uno a uno, c'è sempre qualcuno con la mano alzata che non riesce ad avere la parola e blocca il relatore che, alla fine (l'incauto!) si attarda in aula.

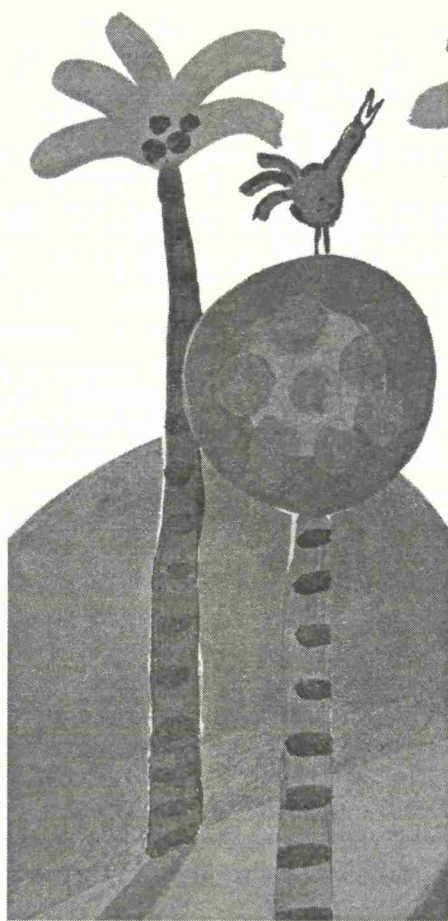
Molta sicilianità, una pediatra magra e gentile regala ai relatori un pane artistico di un paese lì vicino, S. Croce Camerina.

A qualche relatore, novizio, rimane il dubbio: mangiarlo? è così bello!

Peccato che il personale del villaggio, sia di madrelingua francese, sia men che simpatico ed abbia introiettato la grandeur del generale De Gaulle; peccato che il condimento per le minestre venga chiamato "sauce bolognese".

Ci sarà pure, in Sicilia, un altro posto dove i maccheroni li chiamano *al sugo*.(1)

(1) Avevamo scritto *al ragù* che, *dio mio!* è parola francese.



## MILANO

### Negri: sperimentare sui bambini

Il 14 giugno a Milano convegno al Mario Negri sulla sperimentazione sui bambini. Sottotema: garanzie, ma anche diritti dei bambini. I bambini hanno "diritto" alla sperimentazione per non diventare *meno eguali* degli adulti nell'utilizzo di farmaci

e procedure?

Partecipano i padroni di casa (Bonati e Tognoni), pediatri clinici ed ambulatoriali come Gangemi, Sereni, Masera, Biasini, Rusconi e Mastella, un neuropsichiatra infantile, Gabriel Levi, un rigorosissimo medico legale, Oddone di Torino, un direttore sanitario, Bonaldi di Bergamo, un giudice minorile, Livia Pomodoro, oltre a giornalisti (Milano di Panorama) e rappresentanti dell'industria farmaceutica (Daniotti).

Botta iniziale del medico legale: "i bambini, come tutti i giuridicamente incapaci, han diritto alla sperimentazione solo se questa sicuramente avvantaggia chi col suo corpo è oggetto di sperimentazione. Il vantaggio deve essere acquisito *uti singulus* indipendentemente dall'utilizzo che la società degli altri bambini farà dei risultati. E -dice sempre il medico legale- attenti al consenso che deve essere chiaro e compreso in ogni suo punto"

Più soft i padroni di casa che sottolineano la sperimentazione come equiparazione dei diritti dei bambini a essere curati come gli adulti.

Molti dubbi di Sereni sul consenso informato in clinica perché questo viene di solito concesso, specie in condizioni critiche, senza la necessaria autonomia. Sereni pone, invece, più fiducia nella tutela dei bambini da parte di comitati etici molto rigorosi piuttosto che dalla acquisizione di formali consensi.

Bonaldi sottolinea che molte sperimentazioni *inconsce* avvengono nella routine ospedaliera nel campo delle procedure mediche, e specie chirurgiche, senza comitati etici e senza consenso.

Gangemi espone la rete ACP della ricerca ambulatoriale, lo stato dei progetti terminati e in corso: gran parte delle ricerche è osservazionale, poche con somministrazione di farmaci: i protocolli di queste ultime ricevono critiche su cui la segreteria ACP per la ricerca deve riflettere.

Biasini distingue fra ricerche in fase 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e ricerche post marketing per far notare ad Oddone che, nell'ambito ambulatoriale, trattandosi di solito di confronti fra farmaci comunemente usati è ovvio il "vantaggio" che i bambini traggono non già dalla sperimentazione, ma dalla somministrazione del farmaco. Quel che invece occorre tenere presente è che dalla sperimentazione devono attendersi risultati non futili ed assenza di rischio.



**L'ACP****e l'etica della ricerca**

Nel corso del convegno di Milano è stata presentato un rapporto sulla rete ACP per la ricerca ambulatoriale. Gran parte delle ricerche effettuate dai gruppi hanno carattere osservazionale e non comportano interventi sui bambini. Alcune, poche, sono ricerche che prevedono la somministrazione di farmaci; non tutte queste corrispondono ad alcuni criteri che a me paiono dirimenti sulla decisione di un gruppo ACP di accettare un protocollo di ricerca. Espongo qui questi criteri in modo che, in sede di congresso nazionale, e in seno al gruppo per la ricerca, se ne possa discutere.

**1. Criterio di futilità.**

La ricerca non può avere obiettivi futili e quindi dai suoi risultati deve potere emergere una indicazione per la soluzione di un problema vero. Per fare un esempio: il confronto fra due macrolidi nel trattamento della tonsillite streptococcica non può essere considerato un problema vero, perché questa affezione ha consolidati protocolli di terapia seguendo i quali si ottiene sia la guarigione della malattia che la profilassi primaria della malattia reumatica a un costo del tutto accettabile. Uscendo dai protocolli, fra l'altro, in questo specifico caso, si corrono rischi sul piano giuridico nel caso in cui un bambino sviluppi una malattia reumatica. È ovvio che, in questo caso, il rapporto con i genitori deve essere chiarissimo: si deve dire che si sta provando un trattamento diverso da quello che si è finora utilizzato e che ha dato sempre risultati eccellenti; si devono chiarire perfettamente le motivazioni che spingono a provare questo nuovo trattamento. Mastella ha aggiunto a Milano alle ricerche futili quelle che sperimentano trattamenti anti-asmatici con farmaci consimili o consimilissimi; vista l'autorità del referente, credo che l'affermazione debba essere tenuta ben presente.

**2. Criterio del minimo rischio.**

Il minimo rischio (si tenga conto che nel rischio va compreso anche il dolore, anche il "discomfort") per un bambino malato è quello che egli corre nella vita

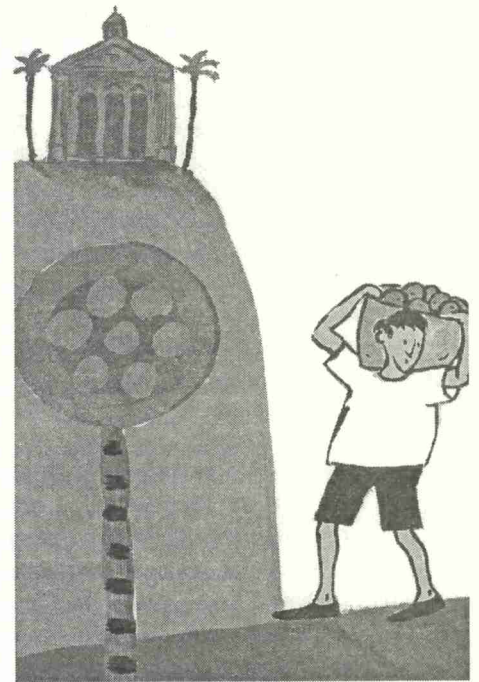
quotidiana e nel corso di quella malattia. Il rischio imposto al bambino dalla sperimentazione, quindi, non può essere superiore a quello del trattamento usuale. Anche l'esecuzione di esami aggiuntivi va, perciò, valutata con estrema attenzione, specie se questi comportano dolore. Una sperimentazione che comportasse, ad esempio, una timpanocentesi potrebbe essere attuata solo se la ricerca fosse di estremo interesse; ad esempio se emergesse che i ceppi di *Pneumococco*, in Italia, sono insensibili in larghissima percentuale ai farmaci: da quella timpanocentesi infatti sarebbe lo stesso bambino - *uti singulus* come dicono i giuristi - a trarre vantaggio. Del resto la ricerca milanese sulla terapia antibiotica coordinata da Assael, e presentata al congresso ACP di Tabiano, dimostra come si possono ottenere risultati utilizzabili in sede ambulatoriale con la sola osservazione clinica.

**3. Criterio dell'egual rischio.**

Il rischio ed il "discomfort" devono essere eguali nelle due o più coorti dei bambini reclutati. L'uso del placebo va quindi riguardato con grande attenzione perché espone la coorte che lo fa ad un rischio maggiore, sempre ammesso che l'altra coorte utilizzi un farmaco di cui è provata l'efficacia. Nel caso di un confronto fra penicillina e un altro farmaco nel trattamento della faringite streptococcica il rischio non è eguale nei due bracci della ricerca. L'uso del rischio comunque, senza beneficio alcuno - come è quello di una ricerca propugnata dalla medicina scolastica di una città siciliana su bambini sottoposti, non si dice perché, a densitometria ossea - è ancor più da evitare.

**4. Dimensioni della sperimentazione.**

Tutte le sperimentazioni post-marketing hanno valore se condotte su gruppi di grandi dimensioni, comunque più grandi di quelli sui quali si è sperimentato in fase 3<sup>a</sup>. Secondo autorevoli pareri che provengono da oltre Atlantico l'industria ha iniziato una politica di grandi sperimentazioni post-marketing con l'intento di abituare i pediatri ad usare in seguito il farmaco sperimentato e quindi si "contenta" anche di sperimentazioni locali. L'obiettivo evidente non è la sperimentazione ma solo quello di abituare all'uso di un farmaco. I gruppi ACP devono essere molto attenti a questo rischio di picco-



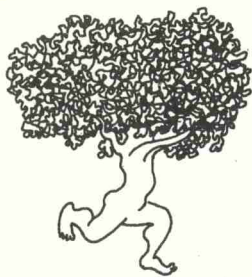
lezza e dovrebbero sempre favorire l'ingresso nella ricerca di altri gruppi ACP. La segreteria per la ricerca dovrà, per parte sua, valutare la opportunità, oramai divenuta necessità, di individuare un gruppo di esperti-garanti cui chiedere pareri vincolanti per le sperimentazioni che si vorranno definire "ricerche ACP"

**5. Rapporti con i genitori.**

Anche questi rapporti devono rientrare nei protocolli di ricerca e devono essere molto chiari. I genitori devono sapere che i loro figli fanno parte di una sperimentazione, anche se i trattamenti messi a confronto sono, al momento, equi-efficaci come sempre capita quando si usano farmaci in commercio di normale uso. Se i genitori venissero a conoscenza, per altre strade, dell'avvenuta sperimentazione si sentirebbero, anche senza giustificazione alcuna, trattati come genitori di cavie. I genitori devono essere messi al corrente del rischio cioè degli esami che in corso di ricerca verranno eseguiti. Devono, infine, dare sempre il loro consenso scritto, e alla fine devono essere messi al corrente dei risultati della ricerca. Questi, e altri, principi possono essere materia di discussione fra gli iscritti ed in modo particolare fra i gruppi che aderiscono a progetti di ricerca.

G.B.





# Reazioni Avverse da farmaci in pediatria di base

Piero Impicciatore, Antonio Addis, Daniela Miglio, Vanna Pistotti, Maurizio Bonati  
 Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

## Parole chiave

Reazione avversa da farmaco (ADR), pediatria di base, epidemiologia

## Introduzione

Con il termine di reazione avversa da farmaco (ADR), oppure "effetto secondario non desiderato", si intende una qualsiasi risposta potenzialmente dannosa, o comunque non voluta, susseguente alla somministrazione di un farmaco alle dosi normalmente utilizzate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia (1, 2). La stima delle reazioni avverse, che sono ovviamente rare rispetto agli effetti favorevoli di un farmaco, può essere adeguatamente determinata solo dopo la commercializzazione, quando una popolazione di pazienti di ampie dimensioni assume il farmaco nelle reali condizioni di utilizzo (3). Ne consegue quindi la difficoltà di individuare tutte le possibili ADR e di attribuire a ciascuna di queste l'esatta entità dei rischi (4). Se tali considerazioni generali sono valide per l'intera popolazione esposta a trattamento farmacologico, queste acquistano particolare importanza in ambito pediatrico, specie extra-ospedaliero, che si caratterizza per la carente attenzione farmacoepidemiologica (5), come se i criteri e la necessità di sperimentazione clinica controllata in età pediatrica fossero diversi da quelli dell'età adulta (6, 7). La metodologia per la rilevazione delle ADR prevede sia la segnalazione spontanea che approcci di epidemiologia analitica quali: gli studi caso-controllo, gli studi di coorte, il monitoraggio sistematico degli eventi associati ad una particolare prescrizione, ecc. (8, 9). La segnalazione spontanea

delle ADR rimane a tutt'oggi uno dei sistemi più semplici da realizzare e di costo contenuto, ma presenta l'inconveniente della scarsa compliance medica (Appendice 1) (10 - 12). Idealmente con un'elevata partecipazione del prescrittore questo approccio può inoltre rappresentare un'occasione di formazione permanente in ambito farmacoterapeutico per una prescrizione più razionale (13, 14). In tale contesto la medicina generale, e quindi anche la pediatria di base, può essere considerata come il luogo naturale ed ideale per sviluppare un'adeguata valutazione dell'uso dei farmaci e di farmacovigilanza, come sottolineato anche dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, e della normativa italiana (Appendice 2) (2). In Italia sono state condotte alcune rilevazioni epidemiologiche delle ADR in medicina generale, (15 - 17). ma non in ambito pediatrico che rappresenta una propria specificità per la particolare prevalenza di patologie ricorrenti, per i caratteristici profili di utilizzo dei farmaci, e per le peculiarità del rapporto pediatra-genitore-bambino (13, 18, 19). Tuttavia anche a livello internazionale le sorveglianze epidemiologiche extra-ospedaliere delle ADR in età pediatrica sinora condotte (Tab. I) (20 - 24). Sono poche e nella maggioranza rappresentative di realtà territoriali

Tab I Quadro sinottico degli studi epidemiologici condotti in pediatria extra-ospedaliera

a) LOCALITÀ b) DURATA DELLO STUDIO	c) N° BAMBINI IN TERAPIA d) ETÀ e) N° MEDICI / AMBULATORI	f) METODO DI RILEVAZIONE	g) ADR: INCIDENZA h) SINTOMI PRINCIPALI (% DEL TOT) i) FARMACI IMPLICATI (% DEI BAMB. IN TERAPIA COL FARMACO)
a) Montreal, Canada b) un anno (1981 - 1982)	c) 3181 d) 2 - 19 anni e) 3 pediatri	f) Intervista telefonica ai genitori	g) 6% dei bambini h) diarrea (49), rash (14), vomito (12) i) antibiotici (amoxicillina, trim-sulf.) dermatologici
a) Birmingham, U.K. b) 6 mesi (1984 - 1985)	c) 1590 d) 0 - 11 anni e) 19 ambulatori pediatrici	f) Diario settimanale compilato dai genitori	g) 10% dei cicli di trattamento h) sonnolenza (68), diarrea (10) i) decongestionanti nasali (triplozidina-efedrina, 37) antiistaminici (prometazina, 38) antibiotici (amoxicillina, 13)
a) La Laguna, Spagna b) 6 mesi (n. r.)*	c) 1327 d) (n. r.)* e) 12 pediatri, 13 medici generici	f) Segnalazione settimanale da parte dei medici	g) 1% dei bambini h) reazioni cutanee (60), diarrea (40) i) antibiotici (amoxicillina 2), espettoranti (6)
a) Karlovac, Croazia b) 3 mesi (1986)	c) 2296 d) 0 - 7 anni e) Tutti i servizi pubblici	f) Intervista ai genitori	g) 3% dei bambini h) rash (40), diarrea (36) i) antibiotici (lincomicina, 25; amoxicillina, 3); espettoranti (11)
a) Olanda b) 16 anni (1973 - 1988)	c) (n. r.)* d) 0 - 14 anni e) Tutti i medici del servizio sanitario nazionale	f) Segnalazioni giunte al centro di monitoraggio nazionale	g) 4% di tutte le segnalazioni h) manifestazioni cutanee (40), diarrea/vomito (16), dis. neurologici (15) i) antibiotici (amoxicillina, 7; ampicillina, 4; trim-sulf, 3) antiepilettici (acido valproico, 4)

\*non riportato





**Tabella II** Caratteristiche generali dei pediatri di base partecipanti allo studio

	Numero	% dei pediatri
Maschi	131	51
Femmine	127	49
> 15 anni di attività	23	9
10 - 15 anni di attività	113	46
< 10 anni di attività	111	45
< 500 assistiti	59	24
500 - 800 assistiti	127	52
> 800 assistiti	60	24
Svolgono attività privata	205	81
Non svolgono attività privata	47	19
Ambulatorio tipo singolo	194	77
Ambulatorio associato	59	23
Ore di apertura settimanale < 10	16	7
Ore di apertura settimanale 10 - 20	173	75
Ore di apertura settimanale > 20	42	18
Infermiera in ambulatorio	24	10
Senza infermiera in ambulatorio	229	90

locali limitate. Risponde quindi ad una reale necessità il tentativo di definire anche nel contesto italiano la rilevanza delle ADR nella pratica pediatrica generale ed il grado di attenzione da parte dei pediatri di base al problema tra i propri assistiti. Più in particolare:

- individuare quali sono nell'ambito della pediatria di base le principali ADR, quali i farmaci maggiormente coinvolti, e quali i percorsi gestionali all'insorgere della reazione avversa;
- identificare gli aspetti conoscitivi ed attitudinali che possono condizionare una partecipazione attiva da parte del pediatra di base alla sorveglianza del rischio da farmaci, ed in particolare alla segnalazione spontanea delle ADR.

**Tabella IIa** Caratteristiche del tipo di cartella clinica tenuta dai pediatri partecipanti allo studio

	Num. tot.	% dei pediatri
Cartella per tutti i pazienti	236	92
Cartella solo per alcuni pazienti	13	5
Cartella per nessun paziente	7	3
Cartella utilizzata ad ogni contatto	199	82
Cartella computerizzata	49	23
Cartella cartacea	160	77
Spazio per la registrazione delle ADR	131	44

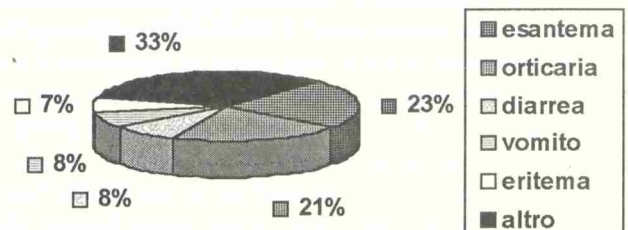
## Materiali e metodi

La ricerca, di tipo epidemiologico osservazionale, è stata condotta nel corso del 1993. Una lettera informativa sulle finalità dell'indagine, un questionario (per la raccolta di informazioni descrittive circa l'attitudine del pediatra), una scheda (per la descrizione di singole ADR osservate), ed una busta preaffrancata per la risposta, sono stati inviati ad un campione di 656 pediatri di base rappresentativi delle diverse realtà geografiche nazionali. A distanza di due mesi dall'invio del materiale è stata inviata una seconda lettera di sollecito ai "non responders". Il questionario (anonimo) è stato strutturato in modo da raccogliere sia informazioni di carattere generale sull'attività professionale del singolo pediatra che le sue conoscenze ed attitudini circa le ADR e l'attività di segnalazione spontanea di queste. A ciascun pediatra è stato inoltre richiesto di compilare una scheda per ciascuna delle ADR osservate nei propri assistiti nel corso del 1992. Oltre ai dati descrittivi della singola ADR, della terapia e dello stato di salute del bambino, sono state raccolte informazioni riguardanti il percorso gestionale intrapreso dal pediatra in seguito al riconoscimento della reazione avversa. I farmaci segnalati sono stati classificati utilizzando il sistema SIF-USL, (25) mentre il motivo della prescrizione e le ADR sono state classificate utilizzando il sistema ICD-IX.26. Per la gestione ed elaborazione dei dati è stato utilizzato il package Epi Info (USD, Incorporated, Stone Mountain, GA, USA).

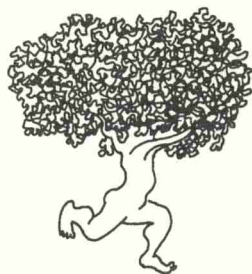
## Risultati e discussione

Dei 656 pediatri di base contattati per lo studio, 262 (40%) hanno rispedito il questionario debitamente compilato; prima della lettera di sollecito il tasso di risposta era stato del 17%. La maggior adesione è stata fornita dalle regioni settentrionali (49% dei relativi invii), seguite dalle meridionali (36%) e dalle centrali (31%). La popolazione pediatrica assistita è risultata di circa 160.000 bambini, con una media di 650 assistiti per pediatra (range 120-1000). Le caratteristiche generali dei pediatri partecipanti allo studio sono riportate in Tab. II e IIa. Il 60% dei pediatri riferisce di aver osservato almeno un caso di ADR nel corso del 1992 (media 2, range 0-14) per un totale di 516 ADR; di queste ne sono state documentate 375 (73%), di cui 199 (53%) in bambini maschi e 299 (77%) in bambini di età compresa tra 1 e 6 anni. Sono stati documentati 42 differenti tipi di ADR che interessavano principalmente la cute e l'apparato digerente (86% dei casi), ed in particolare l'esantema, l'orticaria, la diarrea ed il vomito hanno costituito il 60% del totale delle ADR osservate (Fig.1). Circa la metà delle

**Fig. 1** Distribuzione della sintomatologia associata alle ADR osservate

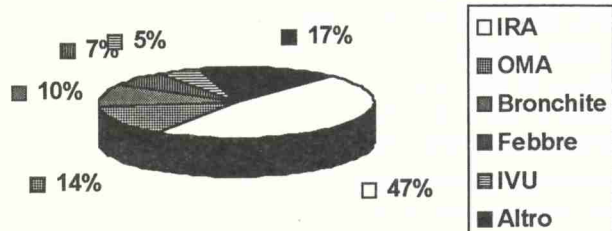






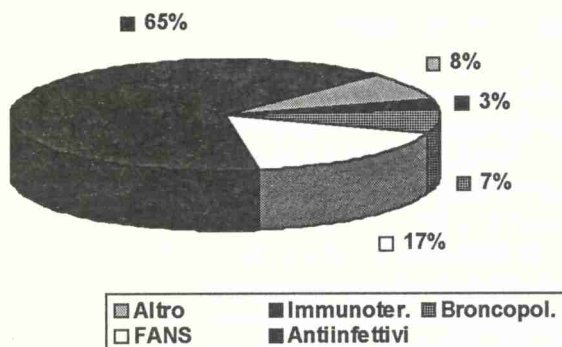
ADR sono state giudicate dal pediatra di base clinicamente rilevanti. L'indicazione terapeutica della prescrizione associata alla comparsa di ADR (Fig. 2) era principalmente per

Fig. 2 Distribuzione delle indicazioni terapeutiche associate alla comparsa di ADR



le infezioni acute delle vie aeree superiori (IRA) e l'otite media acuta (OMA), che hanno giustificato il 61% del totale delle prescrizioni associate ad ADR. I farmaci ritenuti responsabili delle ADR osservate sono stati 58, prevalentemente antibiotici (65%) ed antiinfiammatori non steroidei (FANS) (17%) somministrati in monoterapia (65%) (Fig. 3). Il grado di associa-

Fig. 3 Distribuzione delle classi di farmaci associati alle ADR osservate



zione farmaco-reazione avversa è stato giudicato certo da parte dei pediatri nel 33% dei casi. La regola costante da tenere presente nella valutazione del rischio da farmaci, specie per il trattamento dei problemi più correnti nella pratica pediatrica extraospedaliera, rimane la valutazione del profilo di beneficio/rischio. Con ciò comunemente si intende la relazione tra l'efficacia terapeutica e la tollerabilità di un farmaco; in realtà nessuno dei due termini esiste di per sé. Il rischio da farmaci esiste solo come uno dei termini di un rapporto il cui l'elemento determinante è il beneficio, anche se spesso il messaggio di assenza di rischio viene proposto come elemento decisivo nella scelta prescrittiva. Il beneficio è quindi il termine che più conta, il rischio (come anche il costo) è il fattore di correzione, valutabile solo rispetto a benefici comparabili (27, 28). Per interpretare i risultati della ricerca in un'ottica di valutazione complessiva del profilo di beneficio/rischio degli interventi farmacologici sono state considerate, per la loro prevalenza nella popolazione pediatrica, le IRA.

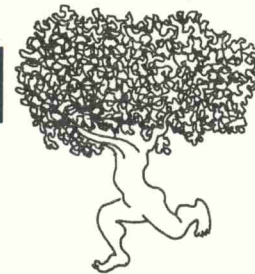
Le IRA rappresentano una delle condizioni patologiche di più frequente riscontro nella pratica ambulatoriale pediatrica, e tra

quelle che generano più preoccupazioni e problemi, soprattutto nella gestione del rapporto con i genitori del bambino. Sono patologie acute con carattere di ricorrenza, causate nella stragrande maggioranza dei casi da infezioni virali che non necessitano di nessuna terapia antibiotica (le infezioni batteriche devono essere considerate un'eccezione). Dato il decorso spontaneo favorevole, la terapia mira essenzialmente a limitare il disagio del bambino con il controllo dei sintomi che si accompagnano agli episodi di malattia. Tuttavia, come si può osservare nella Tabella III, la maggior parte delle ADR segnalate si

Tab III ADR insorte in corso di trattamento delle infezioni respiratorie acute delle vie aeree superiori

Farmaco	ADR Frequenza	Tipo di ADR (N° casi)
Eritrocina	38	dermatite (8), vomito (7), rash (6), dolore addominale (4), orticaria (3), diarrea (2), enterite (2), eritema (2), edema palpebrale, eritema polimorfo, porpora allergica
Amoxicillina	28	rash (12), orticaria (5), eritema (3), vomito (2), edema di Quinke (2), diarrea, dist. intestinale, enterite
Feprazone	24	rash (8), orticaria (4), eritema (3), stomatite (2), eritema polimorfo (2), eritema nodoso, oliguria
Azitromicina	12	diarrea (4), rash (2), orticaria (2), vomito, dermatite, dolori addominali, gengivostomatite
Cefaclor	11	rash (4), orticaria (4), diarrea, enterite, vomito
Amox./ac.cl av.	10	orticaria (3), rash (3), eritema (2), vomito
Claritromicin	7	orticaria (5), rash (2)
Ampicillina (in assoc.)	4	diarrea (2), edema di Quinke, orticaria
Cefixime	4	eritema, edema di Quinke, orticaria, vomito
Clofoctolo	4	eritema, edema di Quinke, orticaria e vomito
Morniflumato	4	orticaria (2), rash, edema di Quinke
Acido niflumico	3	vomito, rash, edema di Quinke
Ceftriaxone	3	diarrea, rash, orticaria
Cotrimox	3	edema di Quinke (2), orticaria
FANS (in assoc.)	3	rash (2), edema di Quinke
Miocamicina	3	epatopia, eritema polimorfo, orticaria
Acebrofillina	2	orticaria, tachicardia
Benzilpenicill	2	edema di Quinke
Cefuroxime	2	ipotensione, vomito
Acido acetilsalic	1	rash
Ampicillina	1	rash





sono verificate in corso di trattamento antibiotico. Per quanto concerne le cefalosporine di II e III generazione (cefixime, ceftriaxone, cefuroxime, cefotaxime) ed i nuovi macrolidi (azitromicina, claritromicina), questi farmaci anche in presenza di una eziologia batterica, nella quasi totalità dei casi non presentano sostanziali vantaggi in termini di efficacia rispetto a quelli tradizionali, quali l'amoxicillina e l'eritromicina. Le cefalosporine di III generazione hanno una specifica indicazione per patologie infettive che si trovano solo in ambito ospedaliero mentre l'associazione amoxicillina/acido clavulanico andrebbe riservata alle rare infezioni da germi produttori di  $\alpha$ -penicillinasi. Sebbene l'amoxicillina e l'eritromicina rappresentano gli antibiotici per i quali sono stati osservati il maggior numero di ADR (lievi), questi rappresentano (o meglio dovrebbero rappresentare) anche quelli di maggior impiego. Infatti, nonostante le elevate frequenze osservate l'incidenza assoluta attesa (attesa perché la stima di questa variabile non rientrava nelle finalità dello studio) di ADR attribuibili all'amoxicillina ed all'eritromicina non dovrebbe essere superiore a quella di altri antibiotici. Un rapporto benefici/rischi sfavorevole, indice quindi di un'irrazionale prescrizione ed ingiustificata esposizione ad ADR, è sicuramente quello relativo agli "immunomodulatori": timostimolina e klebsprota. Non esistono per questi farmaci dati a sostegno della loro efficacia clinica, in questo senso risulta ancora più sfavorevole il profilo di costo/efficacia, in quanto presentano costi unitari molto alti e spesso sono prescritti per lunghi periodi (29-32). Tra i FANS il feprazone si caratterizza, per un profilo comparativo di beneficio/rischio particolarmente sfavorevole, infatti pur essendo prescritto meno di altri farmaci della sua categoria (ad es. il paracetamolo), presenta una più alta incidenza di ADR. In Inghilterra già dal 1984, il farmaco è stato ritirato dal commercio a causa della frequenza e gravità degli effetti collaterali segnalati al sistema di farmacovigilanza del servizio sanitario nazionale (33). Infine tra le ADR segnalate in corso di terapia dell'IRA degno di nota è il quadro di ipertensione endocranica osservato in un bambino a cui è stato prescritto il sulfamazone, un composto irrazionale (sulfamidico+pirazolonico) già in passato imputato di provocare questo tipo di reazioni. Per quanto riguarda l'OMA, si tratta anche in questo caso di un problema relativamente banale: circa il 90% dei bambini con sintomi e con quadro otoscopico di otite media vanno incontro a risoluzione dei sintomi entro 3 giorni con il solo impiego di analgesici e gocce nasali. Il trattamento antibiotico con amoxicillina si è rivelato efficace nei bambini in cui i sintomi persistono oltre i 3 giorni, ed equivalente al cotrimoxazolo ed ai nuovi antibiotici, come dimostrato da sperimentazioni cliniche controllate (34). Tuttavia anche in questo caso, gran parte delle ADR segnalate che si sono verificate in corso di trattamento farmacologico per l'OMA sono imputabili all'uso delle ultime cefalosporine, dei nuovi macrolidi e dell'associazione amoxicillina/acido clavulanico (Tab. IV). L'analisi del percorso gestionale conseguente al riconoscimento della reazione avversa mostra la percezione del profilo di beneficio/rischio da parte del medico: nel 61% dei casi il pediatra ha sospeso definitivamente la somministrazione del farmaco; nel 24% dei casi ha sostituito il farmaco; nel 2% dei casi ha ridotto la dose. Le ADR, risoltesi tutte favorevolmente, hanno richiesto una terapia sintomatica

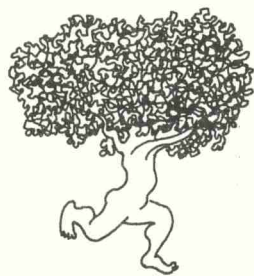
nel 26% dei casi, una consulenza specialistica nel 2%, e nel 5% dei casi è stato necessario l'invio del bambino in ospedale. Il fatto che

**Tabella IV** ADR insorte in corso di trattamento di episodi di otite media acuta

Farmaco	ADR Frequenza	Tipo di ADR (N° casi)
Amoxicillina	13	orticaria (6), rash (4), eritema, diarrea, vomito
Amox./ac. clav.	8	diarrea (4), vomito (2), orticaria, dolore addominale
Cefaclor	7	rash (4), eritema, orticaria, vomito
Cotrimoxazolo	6	rash (3), diarrea, orticaria, vomito
Ampicillina (in associazione)	5	diarrea (5)
Cefixime	3	eritema poliformo (2), orticaria
Azitromicina	2	vomito, stomatite
Acido nifumlico	2	orticaria (2)
Bacampicillina	1	orticaria
Cefotaxime	1	rash
Ceftazidime	1	orticaria
Claritromicina	1	vomito
Eritromicina	1	vomito
Feprazone	1	eritema polimorfo
Pseudoefrina (in associazione)	1	ipotonia

l'attitudine prevalente del pediatra si caratterizzi con la sospensione del farmaco al comparire di una qualsiasi reazione avversa (anche irrilevante) obbliga a chiedersi la reale necessità del farmaco stesso. Il 78% dei pediatri non ha mai segnalato ad alcuno le ADR osservate, il 14% le ha segnalate all'informatore scientifico della ditta produttrice del farmaco, mentre solo l'8% ha correttamente segnalato alla USL di appartenenza o direttamente al Ministero della Sanità le ADR. Quindi solo una percentuale esigua delle osservazioni ha percorso l'iter ufficiale preposto alla segnalazione ed alla valutazione nazionale, nonostante oltre la metà dei pediatri di base abbia dichiarato di essere a conoscenza della normativa ministeriale (55%) e della apposita scheda per la segnalazione (63%). Circa l'attitudine del medico a segnalare le ADR, il 51% dei pediatri ha risposto di ritenere opportuna la segnalazione solo di quelle gravi, il 36% di tutte ed il 22% solo di quelle sconosciute. Quattro pediatri hanno addirittura affermato di non ritenere utile comunicare alcuna ADR ad alcuno. Questi risultati ribadiscono l'esigenza, già emersa da tempo, di una maggiore focalizzazione della segnalazione circa le ADR di maggiore gravità. Infatti molte delle segnalazioni che giungono al Centro di Farmacovigilanza del Ministero della Sanità riguardano effetti minori provocati da farmaci già da tempo sul mercato e con profilo tossicologico ben documentato. Tutto ciò provoca una forte





dispersione delle segnalazioni facendo diminuire l'efficienza del sistema di sorveglianza. Il motivo principale della mancata segnalazione è riconducibile, per la mag-

gioranza dei pediatri (41%), all'incertezza nell'attribuire la reazione avversa ad uno specifico farmaco, ma anche all'inutilità della segnalazione (20%) ed alla mancanza di tempo (8%). Le fonti di informazione sulle ADR maggiormente consultate dai pediatri di base sono risultate essere il foglietto illustrativo (47% dei pediatri) per la diagnosi ed il Bollettino Ministeriale (74% dei pediatri) per l'aggiornamento generale in tema di ADR. Il foglietto illustrativo era stato inizialmente concepito come uno strumento utile soprattutto per far pervenire al medico notizie circa il corretto uso del farmaco. Questa sua funzione iniziale sarebbe dovuta venir meno con la progressiva diffusione di strumenti alternativi (il Bollettino di Informazione sui Farmaci e le schede tecniche) a vantaggio di una maggiore finalizzazione alla comunicazione specifica con il paziente. Tuttavia è sempre stato l'espressione di un rapporto assicurativo-legale piuttosto che uno strumento di comprensione e partecipazione. Il Bollettino Ministeriale, insieme alle schede tecniche sui farmaci, rappresenta l'unico canale "ufficiale" di informazione sui farmaci. Esso rappresenta uno strumento potenzialmente utile, sebbene i contenuti sono da sempre caratterizzati da una scarsa utilità pratica. In particolare è pressoché assente qualsiasi indicazione su una corretta attività prescrittiva dei più rilevanti problemi della pratica pediatrica quotidiana.(35).

## Conclusioni

Sebbene il disegno dello studio non consenta alcuna stima della reale incidenza delle ADR nella popolazione pediatrica extra-ospedaliera, l'identificazione (per frequenza, tipo, e gravità) di ADR altrimenti sommerse, e quindi largamente sconosciute, supporta l'importanza dell'iniziativa intrapresa. Le ADR nella pediatria generale sono un evento "non raro" (in Italia come in altri contesti assistenziali dove analoghe iniziative sono state attivate, Tabella I) che necessitano quindi di un attento, continuo, intenso ed integrato monitoraggio. Monitoraggio inteso quindi non solo come obbligo (che è attualmente largamente disatteso), ma come consapevole partecipazione, sia del medico che dell'Autorità Sanitaria, al processo assistenziale. A nostro avviso è auspicabile che il riscontro dell'effetto indesiderato all'uso di un farmaco, la segnalazione, la valutazione della singola e dell'insieme delle segnalazioni, l'informazione e l'aggiornamento siano parte di un articolato progetto volto ad un più efficace e sicuro impiego dei farmaci, per migliorare la qualità dell'assistenza, attuale e futura, dei bambini.

*Al termine dello studio, i risultati delle analisi preliminari dei dati sono stati inviati con la richiesta di commento a tutti i pediatri partecipanti allo studio che non avevano mantenuto l'anonimato nel compilare il questionario. Nella stesura del presente testo, quale risultato di un lavoro collegiale, abbiamo quindi cercato di contemplare anche i commenti pervenuti. Siamo quindi grati a: Costantino Apicella, USL 36, Napoli;*

*Mario Canciani, USL 2, Gorizia; Gianna Gabbanelli, USL 12, Ancona; Michele Gangemi, USL 25, Verona; Aurelio Grande, USL 18, Catanzaro; Maria Luisa Mosso, USL 76, Alessandria; Francesco Novella, USL 2, L'Aquila; Monica Pierattelli, USL 10, Firenze; Augusto Sabatini, USL 13, L'Aquila; Giorgio Sanna, USL 21, Cagliari; Lucia Vizziello, USL 6, Matera. Inoltre: Luigi Naldi, Clinica Dermatologica, Ospedali Riuniti, Bergamo; Edoardo Parma, USL 64, Monza.*

## Appendice 1

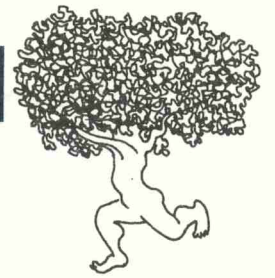
### La segnalazione spontanea delle reazioni avverse da farmaci

La segnalazione spontanea delle ADR prevede che un osservatore (in genere un medico, ma in alcuni paesi anche infermieri e farmacisti) riconosca e registri tutte quelle associazioni tra eventi clinici e farmaci che egli configuri come una reazione avversa. Un tale metodo di sorveglianza può essere intensivo, riguardare tutte le ADR o solo le più rilevanti, rivolto solo ad alcuni farmaci. A questo sistema di rilevazione si attribuisce soprattutto la caratteristica di fornire un segnale di allarme, rimandando quindi a valutazioni analitiche formali la stima dell'associazione (studi caso-controllo, studi di coorte, ecc.). I sistemi di rilevazione basati sulla segnalazione spontanea sono presenti in diversi Paesi ed un programma internazionale è stato attivato all'inizio degli anni 70 sotto l'egida dell'OMS. I vari centri nazionali sono collegati con il centro di monitoraggio dell'OMS a Uppsala in Svezia (l'Italia aderisce a questo sistema dal 1980) al quale devono trasmettere i dati ad intervalli regolari. Tuttavia il contributo delle singole nazioni è molto variabile. Alcuni dei motivi della scarsa efficacia dei sistemi nazionali di rilevazione sono riconducibili al fatto che:

- solo una piccola parte delle ADR venute all'osservazione dei medici viene segnalata e può quindi essere registrata e fatta conoscere;
  - le segnalazioni, quando effettuate, sono spesso incomplete e richiedono indagini aggiuntive che vengono in genere riservate solo alle ADR di particolare gravità;
  - non è possibile stabilire l'incidenza di una reazione avversa (ed attribuirne quindi il reale rischio) non essendo possibile calcolare il numero di persone che hanno assunto quel farmaco. Spesso si ricorre a numeratori indiretti come il numero totale di pazienti che ricevono il farmaco o il numero totale di prescrizioni di un determinato farmaco;
  - vi sono infine difficoltà a distinguere le ADR dagli eventi spontanei (specie se questi ultimi hanno una frequenza di per sé elevata nella popolazione generale) e ad evidenziare quelle ADR che presentano un lungo periodo di latenza.
- Tuttavia questo sistema presenta anche degli indubbi vantaggi:
- il servizio di sorveglianza interessa (potenzialmente) tutti i pazienti che utilizzano un determinato farmaco;
  - il costo di gestione è abbastanza contenuto;
  - tale sistema di monitoraggio favorisce la realizzazione di una rete di controllo i cui monitor sono rappresentati dagli stessi medici prescrittori.

In quei Paesi dove il sistema di segnalazione volontaria si appoggia ad un efficiente apparato organizzativo (es. Olanda, Svezia e Regno Unito), e dove esiste la possibilità di correlare i dati ottenuti con altre informazioni derivanti dalle statistiche





dei consumi dei farmaci, dai registri di malattia e di morte, esso è in grado di contribuire alla caratterizzazione del profilo epidemiologico delle ADR. È comunque necessario che il centro nazionale compia continui sforzi per incoraggiare le segnalazioni. A tal fine acquista particolare importanza la continua informazione che ciascun medico riceve.

## Appendice 2

### Normativa italiana in tema di farmacovigilanza

Nonostante l'esistenza di una normativa ministeriale che obbliga alla segnalazione delle ADR, la sua relativa semplicità di attuazione, e che risulta tra le più avanzate a livello internazionale, a tutt'oggi la sua applicazione è da considerarsi completamente disattesa. Infatti, con la sola eccezione di alcune USL particolarmente attive, le segnalazioni nazionali sono del tutto sporadiche. La farmacovigilanza (definita come la tecnica con la quale il medico, l'autorità sanitaria e l'azienda farmaceutica produttrice si adoperano al fine di conoscere gli effetti negativi dei farmaci e di prevenirne le conseguenze per i pazienti) inizia ufficialmente nel 1965 con un'apposita circolare ministeriale. Con questa si invitavano i medici ospedalieri a segnalare spontaneamente al Ministero della Sanità le ADR, ed in particolare quelle relative a farmaci di recente introduzione. Nonostante due successive circolari (nel '66 e nel '69) ed un decreto nel 1980 questo sistema si rivelò tuttavia insufficiente. La legge 29.12.87 n.531 ed il D.P.R. 25.1.91 n.93 che ne costituisce il regolamento hanno definito regole precise e modalità dettagliate per l'acquisizione da parte del Ministero della Sanità delle informazioni provenienti dalle diverse fonti nazionali. Tale normativa disciplina esclusivamente la farmacovigilanza spontanea (farmacovigilanza passiva) anche se nell'art. 9 della legge 531, commi 6 e 7, si fa riferimento a forme speciali di farmacovigilanza non specificate, per particolari farmaci. Il Decreto Ministeriale 20 aprile 1991 (G.U. n. 133 dell'8.6.91) riporta in allegato la modulistica che deve essere utilizzata dal medico (modello A), dal cittadino (modello B), dalla USL (modello C) per la segnalazione di effetti collaterali osservati per farmaci in commercio in Italia. Il modello D riguarda, invece, le segnalazioni di effetti collaterali osservati all'estero per i farmaci in commercio anche in Italia e deve essere inviato dalle aziende farmaceutiche. Il flusso di segnalazioni provenienti dai medici (di base, specialisti, ospedalieri), che viene definito come monitoraggio spontaneo, è convogliato al Centro di Farmacovigilanza del Ministero tramite due canali: Unità Sanitarie Locali e Aziende Farmaceutiche. Alcune segnalazioni pervengono anche direttamente dal medico che ha osservato gli effetti collaterali

## Bibliografia

- 1 WHO Tech Rep Ser 498, 1972
- 2 Ministero della Sanità: Farmacovigilanza. Sorveglianza da parte delle autorità sanitarie sull'uso dei farmaci. Roma 1994.
- 3 Naldi L, Franzosi MG, Liati P, La Vecchia C, Tognoni G: Il problema della sorveglianza sui farmaci. *Informazioni sui Farmaci* 4, 303-310, 1985.
- 4 Winter S: New EC directives on ADR monitoring call for action. *Inpharma* 12 Feb. 1994.
- 5 Mitchell AA: Adverse drug effects and drug epidemiology. In: Yaffe SJ, Arada JV (eds): *Pediatric pharmacology: therapeutic principles in practice* - 2nd ed., W. B. Saunders Company, 1992.

- 6 Brambilla C, Bonati M, Coen D, Ostino G, Tognoni G: Bambini e farmaci in Italia. *Quaderni di Sanità Pubblica* 30, 39-58, 1984.
- 7 Bonati M, Marchetti F, Tognoni G: Le terapie efficaci in pediatria negli ultimi venti anni. *Prospettive in Pediatria* 19, 221-228, 1989.
- 8 Edlavitch SA: Postmarketing surveillance methodologies. *Drug Intell Clin Pharm* 22, 68-77, 1988.
- 9 Kessler DA, Working Group: Introducing MEDWatch. *JAMA* 269, 2765-2768, 1993.
- 10 Griffin JP, Weber JCP: Voluntary systems of adverse reaction reporting - Part I. *Adv Drug React Ac Pois Rev* 4, 213-230, 1985.
- 11 Griffin JP, Weber JCP: Voluntary systems of adverse reaction reporting - Part II. *Adv Drug React Ac Pois Rev* 1, 23-55, 1986.
- 12 Griffin JP, Weber JCP: Voluntary systems of adverse reaction reporting - Part I. *Adv Drug React Ac Pois Rev* 8, 203-215, 1989.
- 13 Bonati M: Epidemiological evaluation of drug utilization in children. *J Clin Pharmacol* 34, 300-305, 1994.
- 14 Miremont G, Haramburu F, Baud JC, Dangouman J: Adverse drug reactions: physician's opinions versus a causality assessment method. *Eur J Clin Pharmacol* 46, 285-289, 1994.
- 15 Baratta E, Bucaneve G, Patoia L, Rossi A: Il problema delle segnalazioni spontanee degli effetti indesiderati da farmaci da parte del medico di medicina generale. *Quale conoscenza? Quale prassi? Informazioni sui Farmaci* XV, 1, 41-50, 1991.
- 16 Parma E, Bandera L, Gruppo di lavoro CSeRMEG sulla farmacovigilanza: Farmacovigilanza in medicina di base: non solo numeri. *The Practitioner (Edizione Italiana)* 138, 29-34, 1991.
- 17 Parma E, Bandera L, Gruppo di lavoro CSeRMEG sulla farmacovigilanza: Le reazioni avverse in medicina generale: alcuni percorsi gestionali. *The Practitioner (Edizione Italiana)* 140, 29-33, 1991.
- 18 Ferraro L, Marrazzo E, Ostino G, D'Ambrosio R, Pia L, Marchetti F, Materassi P, Tognoni G: La prescrizione dei farmaci ed i problemi dei bambini: analisi epidemiologica nella pediatria di base. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 4(3) 87-103, 1990.
- 19 Romero M, Ferrarese A, et al: Epidemiologia del farmaco e contesti di assistenza: il caso della pediatria. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica*, 7(1) 112, 1993.
- 20 Kramer MS, Hutchinson TA, Fleyel KM, Naimark L, Contardi R, Leduc DG: Adverse drug reactions in general pediatric outpatients. *J Pediatr* 106, 305-310, 1985.
- 21 Woods CG, Rylance ME, Cullen RE, Rylance GW: Adverse reactions to drugs in children. *Br Med J* 294, 869-870, 1987.
- 22 Sanz E, Boada J: Adverse drug reactions in pediatric outpatients. *Int J Clin Pharmacol Res* 7, 169 - 172, 1987.
- 23 Cirko-Begoric A, Vrhovac B, Bakran I: Intensive monitoring of adverse drug reactions in infants and preschool children. *Eur J Clin Pharmacol* 36, 63-65, 1989.
- 24 Meyboom RHB: Adverse reaction to drug in children, experiences with "spontaneous monitoring" in the Netherlands. *Bratisl Lek List* 92, 554-559, 1991.
- 25 Bozzini L, Tognoni G: SIF-USL: il Sistema Informativo Farmaci per l'Unità Sanitaria Locale. Metodologia di raccolta, di lettura, di interpretazione e di utilizzo dei dati di prescrizione. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica* 1(3), 99-108, 1987.
- 26 Classificazione delle malattie e cause di morte. IX Revisione - 1975. Istituto Centrale di Statistica 1984.
- 27 Fiorica E, Bonati M, Franzosi MG, Tognoni G: Vere e false novità in terapia. *Medico e Bambino* 9, 544-551, 1983.
- 28 Tognoni G: Rischio da farmaci cercasi. *Ricerca & Pratica* 6, 161-164, 1985.
- 29 Studio Italiano Infezioni Respiratorie Ricorrenti. (SIRRP). *Medico e Bambino* 10, 13-29, 1988.
- 30 Gruppo di Studio di Immunologia della Società Italiana di Pediatria: Le infezioni ricorrenti. *Medico e Bambino* 2, 26-32, 1989.
- 31 Romero M, Venturini F, Tognoni G: Ormoni timici: dalla revisione della letteratura una proposta operativa. *Informazioni sui Farmaci* 16, 7-19, 1992.
- 32 Miselli M, Gabbi E, Tognoni G: L'impiego della klebsproteina nelle infezioni respiratorie ricorrenti. *Informazioni sui Farmaci* 17, 25-30, 1993.
- 33 Del Favero A: Feprazone un altro farmaco antiinfiammatorio non steroideo ritirato dal mercato farmaceutico inglese. *Informazioni sui Farmaci* IX, 343-345, 1985.
- 34 Rosenfeld RM, Vertrees JE, Carr J, Cipolle RJ, Uden DL, Giebink GS, Canafax DM: Clinical efficacy of antimicrobial drugs for acute otitis media: Metaanalysis of 5400 children from thirteenth randomized trials. *J Pediatr* 124, 355-367, 1994.
- 35 Del Favero A: L'informazione sui farmaci in Italia. In: *Farmacie Comunali Riunite ed. Strategie ed efficacia dell'informazione sui Farmaci*. Suppl. *Informazione sui Farmaci* 1, 87-97, 1989.





## OMS

### Nel 2005 stop all'Antipolio?

Nel 1995 sono stati riportati solo 6179 casi di polio. L'OMS ritiene, però, che il numero più vicino alla realtà sia di 80.000 casi. La Cina nel 1995 ha comunicato di non avere individuato alcun caso di Polio, mentre nel 1990 ne aveva avuto ancora 5065 (*Lancet*, 1996; 347:1250). Al contrario in Cecenia nel 1995 vi è stata una epidemia di polio; la vaccinazione era stata sostanzialmente sospesa nel 1992. Il 75% dei casi europei è di origine cecena. Il tempo di eradicazione della Polio è stato spostato, dall'OMS, al 2.000 (era stato fissato al 1988). Harry Hull, responsabile OMS per l'eradicazione della Polio ritiene che il 2005 possa essere indicato come l'anno dello stop al vaccino antipolio.



## USA

### Clinton adotta le mine intelligenti

Nel n°1 di quaderni ACP del 1996 abbiamo scritto delle *mine antiuomo intelligenti* cioè di quelle che dopo un certo numero di giorni si inattivano da sole. Visto che disgraziatamente non hanno ucciso nessuno in uno o tre mesi, si autopuniscono e *plaff!!*, si sgonfiano e non scoppiano più. L'idea è piaciuta ai militari americani che hanno visto un modo per non abbandonare del tutto quest'arma di guerra che uccide prevalentemente i civili ed ancor di più è piaciuta a chi fabbrica mine. Oltre

tutto le mine intelligenti costano di più e l'affare s'ingrossa.

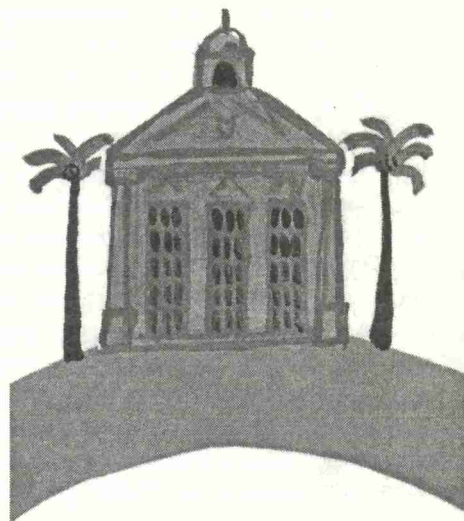
I militari hanno convinto Clinton che ha sposato la tesi facendola diventare tesi USA al posto della precedente tesi: *nessuna mina dopo il 1999*. Questo è quindi a tutt'oggi il massimo dell'ottenibile. Anzi meno del massimo perché non si sa perché ma la Corea del sud può continuare ad usare le mine stupide.

## GRAN BRETAGNA

### Allarme ftalati nel latte artificiale

Nel mese di maggio si è letto sulla stampa quotidiana italiana di un "allarme latti" in Gran Bretagna. Sui motivi dell'allarme si è capito poco, molto poco; cos'è successo in verità? *L'Independent* ha pubblicato, a fine maggio, un articolo sulla contaminazione dei latti formulati con ftalati. Come si ricorderà un analogo allarme fu diffuso, qualche anno, fa sulla contaminazione da ftalati delle siringhe di plastica e delle buste per infusione. Gli ftalati infatti sono usati come componenti delle materie plastiche fin dagli anni '50. Essi ora sono diventati dei contaminanti ambientali. Dal punto di vista biologico essi avrebbero una attività diretta contro il tessuto testicolare in quanto ridurrebbero la produzione di sperma. Questo dunque il problema. Nel marzo 1966 il ministero inglese dell'alimentazione aveva rassicurato: "*dietary intakes of individual phthalates by infants consuming these formulas are well below tolerable daily intakes*", ma, ahimè, stabiliva anche -con incongruenza per nulla anglosassone- che, per estrema prudenza, i livelli di ftalati nei latti formulati avrebbero dovuto essere ridotti. Ci sono ricerche (*Lancet* 1996;347:1541) che sembrano provare che il tessuto testicolare e la produzione di sperma, siano compromessi nei figli di ratte trattate con butyl-benzyl-ftalato alla dose di 0.13-0.37 mg/kg di peso per giorno prima della nascita e fino al divezzamento. La quantità "sicura" di ftalati sembra essere, nel lattante, di 0.05 mg/kg/die. Il carico di ftalati di una formula latte, sembra invece essere di

0.13 mg/kg per giorno fino a 6 mesi e di 0.10 mg/kg per giorno dopo i 6 mesi. Il carico sarebbe quindi alto, rispetto alla dose "sicura", ma più basso di quello che danneggia sicuramente i ratti.



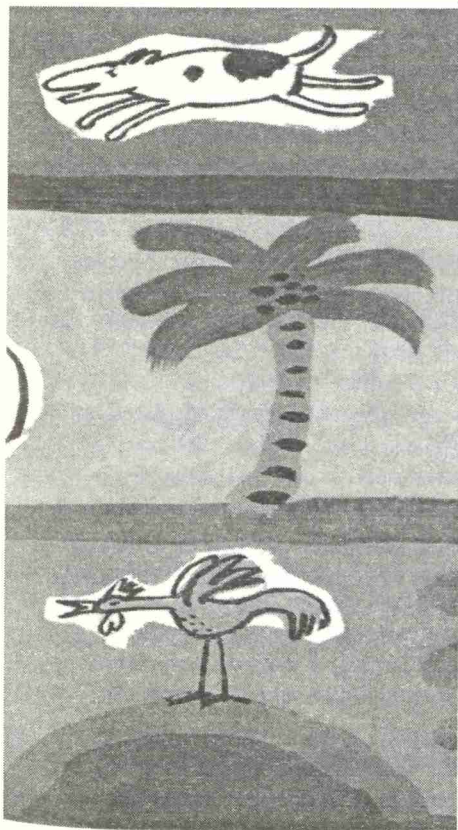
## EGITTO

### Peccaminosa Plastica per imeni infranti

La Egyptian Medical Association ha vietato (rigorosamente? come si dice in Italia) ai suoi iscritti di effettuare l'intervento chirurgico di plastica-ricostruzione dell'imene (*Lancet* 1996. 347:1615) pena la cancellazione dall'albo e la denuncia all'autorità giudiziaria che commina, per questo reato coranico, un anno di carcere. Le carceri egiziane sembra siano estremamente poco confortevoli. Come è noto la verginità prematrimoniale nei paesi musulmani non è tanto un problema di moralità femminile, ma è un imprescindibile diritto maschile riconosciuto al marito. Ci sono cerimoniali -come quello del lenzuolo insanguinato ostentato, nella prima notte di nozze, al cospetto dei parenti in attesa fuori dalla stanza da letto- che paiono ineliminabili dalla cultura araba. Ma fatta la legge (coranica) trovato l'inganno. La ricostruzione dell'imene si è incredibilmente diffusa nelle grandi città dell'Egitto: si tratta infatti di un intervento di chirurgia plastica facile. Il suo costo va dai 100 ai 600



US \$. L'intervento viene effettuato qualche giorno prima del matrimonio e viene accompagnato alla fissazione, nella superficie prossimale dell'imene ricostruito, di una capsula gelatinosa a pareti sottili che contiene una sostanza rosso-sangue che si rompe al rapporto sessuale della prima notte, che la donna farà in modo che sia piuttosto movimentato ed appena un poco violento, in modo che la capsula si rompa. Ciò consente la liturgica ostentazione del lenzuolo. La prima preoccupazione dei medici egiziani sarà quindi, d'ora in avanti, il rischio della cancellazione dall'albo e la denuncia all'autorità giudiziaria. La seconda preoccupazione è relativa al mercato: data la sua semplicità stanno imparando a fare l'intervento anche le infermiere che hanno finora aiutato i chirurghi a farlo e che non rischiano la cancellazione dall'albo e forse sono più disponibili a farsi un anno di prigione. Da parte loro gli organi di polizia - quando si dice la differenza dei punti di vista! - laicamente riferiscono che la diffusione di questa procedura ha ridotto dell'80% (sic!) il numero di assassinii connessi alla obiettiva necessità di lavare nel sangue l'offesa di non avere versato sangue la prima notte di nozze.



## GRAN BRETAGNA

### Questa sì che è medicina scolastica!

Presentiamo un problema che si è posta la medicina scolastica in Gran Bretagna anche per far comprendere a chi si ostina a visitare i bambini a scuola e a guardargli la gola, che ci sono cose più grandi di cui occuparsi.

Questo è un percorso ragionato della Child Health Monitoring Unit di Londra.

**1. Problema da affrontare:** *aumenta l'obesità fra i ragazzi.*

**2. Ricerca delle motivazioni del problema.**

Fattori individuati come possibili: *diminuzione di attività fisica, aumento di abitudini alimentari scorrette.*

**3. Possibili interventi:** scelta del primo fattore su cui provare ad influire.

3.1. Capire: *conoscere le cause della diminuzione, aumentare l'attività fisica.*

3.1.1. Costruzione di uno standard attuale di attività: *mentre nel 1985 ogni ragazzo di meno di 15 anni percorreva in media 445 km/anno a piedi e 68 in bici, oggi ne percorre solo 356 a piedi e 50 in bici.*

3.1.2. Individuazione della frazione di moto compressa: *studi hanno rilevato che questa frazione è più frequentemente il percorso casa-scuola-casa che ora è più frequentemente percorso in auto. Questo viene scelto perché giudicato meno rischioso.*

3.1.3. Vi è veramente maggior rischio nel percorrere il tragitto a piedi che in auto? *Sotto i 15 anni il rischio di andare a piedi è di 4.8 morti ogni 100 milioni di miglia; il rischio di morte come passeggero di auto è di 0.1 morti per 100 milioni di miglia quindi quasi 50 volte inferiore anche se basso in assoluto.*

3.2. C'è equità nel rischio? *Non c'è equità perché il 24% degli inglesi non ha disponibilità di auto per le ore in cui i ragazzi vanno a scuola.*

**4. Conclusioni operative sul che fare.**

Poiché il 20% del volume di traffico dalle ore 8.30 alle 9 è dovuto a ragazzi accompagnati a scuola la diminuzione di questo traffico comporterebbe una diminuzione del rischio che diminuisce di 6 volte quando si sta al disotto del volume di



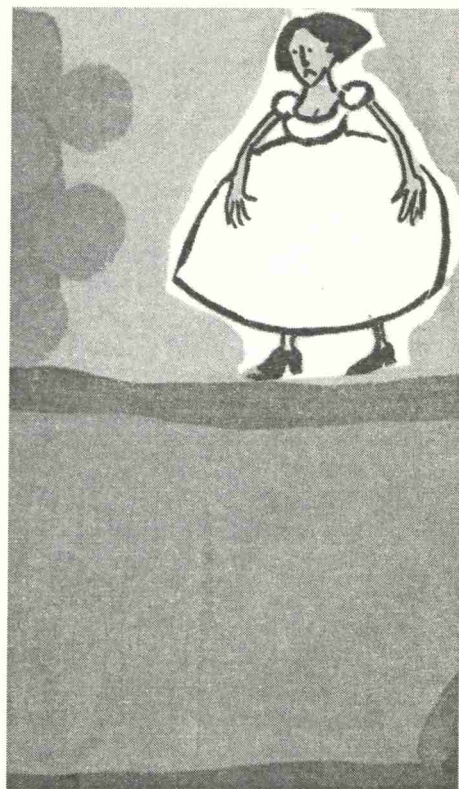
1000 veicoli/ora. Per ottenere contemporaneamente minore traffico e maggiore protezione ci si propone di

1. promuovere iniziative perché i ragazzi vadano a scuola da soli, con percorsi sicuri, garantiti da un'alta sorveglianza pubblica in collaborazione con volontari (Pedestrian Association);
2. istituire dei limiti bassissimi di velocità (<10 km/ora) nelle ore di accesso alle scuole.

## STATI UNITI

### Un problema che non abbiamo

L'American Medical Association ha emesso nello scorso giugno uno statment dove esterna le sue preoccupazioni sulla presenza di armi nelle scuole degli USA. Molti quattordicenni vanno a scuola armati. La cosa non va affrontata, come qualcuno richiede, solo sul piano della educazione sanitaria, ma come un problema di sicurezza. Le lesioni da arma da fuoco sono, in USA, la seconda causa di morte per i ragazzi fra 10 e 19 anni. Qualche problema (ancora? In attesa della secessione?) in Italia non lo abbiamo.





# Libri

Le recensioni del mese

**F**ranca Parizzi e Sophie Guez hanno raccolto, in un volumetto di centotrenta-quattro pagine, le linee guida da seguire per tutti gli operatori, medici ed infermieristici, che devono affrontare problemi di gestione della salute della comunità nei confronti delle malattie infettive. In una prima parte del volumetto sono raccolte informazioni sulla diffusione degli agenti infettivi, sulle norme igieniche che il personale di assistenza è prudenzialmente tenuto ad osservare, ai controlli da effettuare per l'ammissione-riammissione dei bambini in comunità. In larga parte è materiale di cui si è occupata qualche anno fa la *consensus conference* dell'ACP. Una seconda parte tratta delle modalità con cui affrontare le singole malattie nella sede comunitaria; ciò non solo per le classiche infettive per le quali vi è obbligo di denuncia, ma sostanzialmente per qualsiasi problema determinato da agenti infettivi e che spesso mette in improvvisa difficoltà il pediatra di comunità. La terza parte è riservata ai bambini a rischio maggiore di infezione: gli HIV positivi, i bambini splenectomizzati, i cardiopatici, i pneumopatici, gli atopici -che hanno un maggior rischio di infezioni cutanee- e infine, i bambini extracomunitari (su questi Parizzi ha pubblicato un altro volume, in collaborazione con Acerbi: vedi in *Quaderni ACP* 1996; 2:32) ed i bambini adottati che hanno essi pure problemi di protezione antiinfettiva, vaccinale e no. La quarta parte tratta di vaccinazioni ed è quindi la più ovvia, ma ciononostante utile perché raccoglie notizie sintetiche sulle vaccinazioni meno ovvie come l'antipneumococcica, l'antimeningococcica, l'antitifosa. Utili anche le indicazioni per le profilassi raccomandate (se raccomandate) nei contatti delle varie infezioni. Infine il volumetto riporta alcune schede utili: notifica di malattie infettive, di focolaio epidemico, di reazione indesiderata. In sostanza un *quasi-tascabile* per chi affronta problemi quotidiani di pediatria di comunità.

**Franca Parizzi, Sophie Guez** *Il controllo delle infezioni nelle comunità infantili* Edizioni ABA Scientifica Milano, 1996, pgg. 134 Prezzo non indicato.

G.B.

## THE EPIDEMIOLOGY OF CHILDHOOD DISORDERS

Edited by  
Ivan Barry Pless

New York Oxford  
OXFORD UNIVERSITY PRESS  
1994

**P**robabilmente questo è il primo libro che copre in maniera esauriente tutto il campo della epidemiologia delle malattie e che può essere considerato uno strumento di lavoro per tutti: dal pediatra dell'università a quello di base. Il volume infatti tratta della frequenza con cui nella pratica si incontrano le varie malattie, le disabilità gli handicap ed ai dati sulla frequenza accoppia quelli sulla etiologia e sui fattori di rischio attualmente noti. In sostanza il volume definisce la dimensione e l'aspetto dei problemi che il pediatra ha di fronte nella sua pratica quotidiana. Lo ha coordinato Pless che è un pediatra-epidemiologo canadese che ha chiesto la collaborazione di ventiquattro esperti inglesi, americani, australiani, neozelandesi. Si divide in sei grandi capitoli: (1) i problemi generali e terminologici della epidemiologia applicata, (2) i problemi perinatali, (3) le malattie infettive, (4) i problemi psichiatrici, (5) le malattie croniche, (6) incidenti e violenza. In gran parte dei capitoli viene discussa la possibilità di interventi di prevenzione e le modalità del passaggio della malattia dal bambino all'adulto. Le prime 50 pagine, quelle sui principi della epidemiologia applicata, sono di estrema utilità e relativamente semplici. Il volume pur in presenza della vastità dell'impresa conserva una sufficiente capacità di approfondimento nei vari capitoli. Molto interessanti per il pediatra pratico le 120 pagine sulla epidemiologia delle malattie infettive e le 100 pagine sulle malattie croniche (asma, tumori, paralisi cerebrali). Un libro senz'altro utile a molti. Purtroppo solo in inglese.

**I. B. Pless** *The epidemiology of childhood disorders*. Oxford University Press. 1994 pgg. 531 \$ 75.

G.B.

**S**coop! Finalmente identificato il testo su cui si sono formati i riformatori della sanità italiana. La fine del welfare-state e l'inizio di una sana aziendalizzazione della sanità non sono idee frutto di poche menti elette del nostro Paese.

«.. Per ricordare a tutti quali siano le nostre priorità, ho appeso al muro un messaggio scritto in grande che dice:

LIBERTÀ, COMPETIZIONE, SCELTA

Ho anche deciso di condurre una severa battaglia contro la parola "ospedale". Ormai vietata in sede di dibattito, d'ora in poi sarà sostituita con "unità di distribuzione". Questo perché in futuro il loro unico scopo sarà di distribuire servizi che verranno



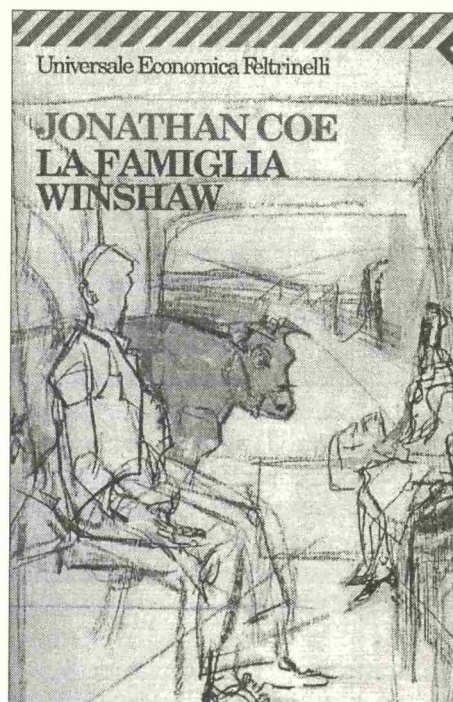
acquistati dalle autorità sanitarie e dai medici generici dotati di fondi, attraverso dei contratti negoziati. L'ospedale diventa un negozio e un'operazione chirurgica una merce, con un sacrosanto prevalere delle normali consuetudini in atto nel mondo degli affari: accumula e poi vendi a buon prezzo. La meravigliosa semplicità di questa idea mi sbalordisce... Non vedo proprio perché le unità di distribuzione non debbano, per esempio, far pagare il parcheggio ai visitatori. Inoltre dovrebbero essere incoraggiate ad affittare spazi per il commercio al dettaglio. Non ha senso lasciare quelle corsie vuote quando potrebbero essere trasformate in negozi che vendono fiori, uva, o tutto quel genere di cose che la gente compra volentieri quando si reca a far visita ad un parente ammalato. *Hamburger et similia*. Piccoli soprammobili e souvenir.

Verso la fine della riunione qualcuno ha sollevato il tema degli Anni di Vita in Rapporto alla Qualità. È tra i miei argomenti preferiti, devo dire. L'idea è che si prende il costo di un'operazione e poi si calcola non solo quanti anni di vita vengono garantiti, ma anche la qualità di vita che ne consegue. Gli si dà semplicemente un numero. Poi si può elaborare il rapporto costo-efficacia di ogni operazione e così un'operazione come la sostituzione di un'anca verrebbe a costare 700 sterline per Avrq, mentre un trapianto di cuore 5.000 sterline e una dialisi condotta interamente in ospedale costerebbe 14.000 sterline».

*Ci sembra importante che l'autore di questo brano partecipi al Congresso dell'ACP. Intanto consigliamo la lettura di questo splendido libro caldamente raccomandato da Daniel Pennac.*

**Jonathan Coe** *La famiglia Winshaw*. Universale Economica Feltrinelli 1995 £ 14.000

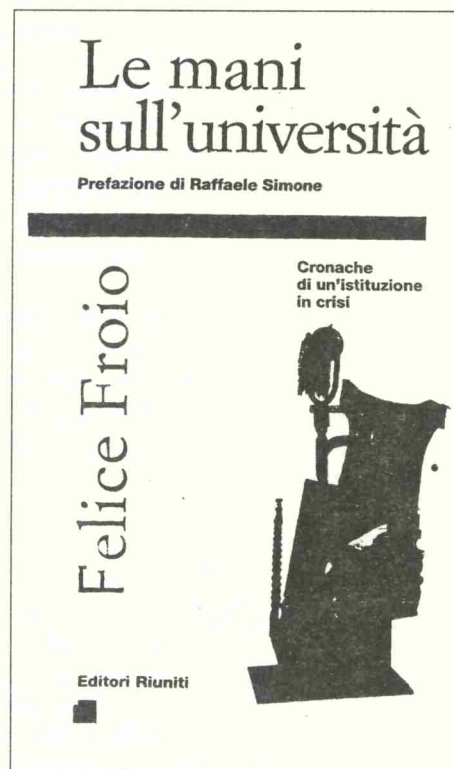
D.B.



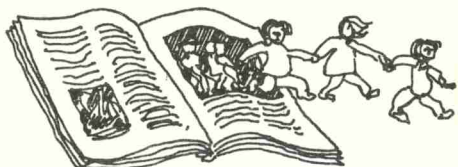
**F**elice Froio è uno dei pochi giornalisti italiani che si occupano con conoscenza di causa di scuola, di università e di ricerca. Ha preparato fra il 1994 e 1995 un libro sulla situazione della università e della ricerca in Italia. Il dattiloscritto è stato letto da 5 fra le più famose case editrici italiane: Nessuna di queste se la è sentita di pubblicarlo. Perché? Perché il libro di Froio riporta puntigliosamente nomi e cognomi, date ed eventi, novelle esemplari, opere immorali di cattedratici coinvolti in avventure "universitarie" che essi vorrebbero che non raggiungessero, più di quanto lo abbiano già fatto, la conoscenza dell'opinione pubblica. Storie di potere insomma, un "potere che nella università non dovrebbe comparire, perché l'università è il mondo del sapere, della scienza e quindi dell'etica" E del potere accademico le case editrici hanno evidentemente timore; anche perché una novantina di cattedratici siedono in parlamento. Dunque nel libro di Froio ci sono molte storie. È difficile pensare che l'autore abbia rischiato grosso senza avere le spalle ampiamente coperte da atti parlamentari, da sentenze, anche se molte ancora al primo grado. Storie di clinici ostetrici che hanno dato lavoro nella loro clinica a tutta la famiglia allargata, storie di pediatri professori associati figli di pediatri professori ordinari, storie di rettori condannati per interesse privato, ma soprattutto storie di concorsi in cui il lavoro della commissione giudicatrice "consiste fondamentalmente nella ricerca di una maggioranza". Storie di un cardiologo "primo nome" nei lavori, ma superato in graduatoria da un secondo, terzo, ennesimo nome. Storie di Luisa Businco e Furbetta bocciati nonostante avessero un impact factor ed una emivita della pubblicazioni superiori a tutti gli altri e poi dichiarati vincitori dal cambio della commissione per la scomparsa dei commissari. Storie di medici di una USL di Pavia senza storia didattica che vincono concorsi di pneumologia. Storia di un biologo che torna dagli USA e che viene bocciato mentre il concorso viene vinto dalla "compagna-convivente" di un commissario. Storie di registratori e di libri copiati, storie di ordinari di lingua albanese vincitori di concorso che non conoscono l'albanese e altro. Ma non è tutto qui il libro di Froio, anche se la raccolta di queste "operette immorali" occupa discreta parte del volumetto e non per il gusto dello scandalo, ma perché il ben noto rigore morale dell'autore crede che indicando puntualmente i mali ci possa essere -ci sarà?- maggiore speranza di soluzioni, mentre l'acquiescenza significa adattarsi al malcostume quotidiano, a abitudini oramai largamente accettate come inevitabili e "d'uso". L'ultima parte è dedicata alla ricerca, non solo nelle università, ma anche al CNR, all'Enea, all'Agenzia spaziale, all'Istituto nazionale per la fisica della materia, all'Istituto di fisica nucleare. Froio sottolinea da una parte la mancanza di progettualità della ricerca italiana dall'altra la incapacità dei politici di governare le istituzioni per la ricerca: da queste due carenze nasce la crisi della ricerca italiana specialmente nei settori della biologia.

**Felice Froio** *Le mani sull'università*. Editori riuniti 1996 pg. 228 £ 16.000

S.F.







## AIDS FONDI ALL'ITALIANA?

A fine giugno, in seguito ad una trasmissione televisiva cui era stata invitata una sola associazione, c'è stata una polemica fra le associazioni che si occupano di prevenzione dell'AIDS dalla quale sono emerse frasi, accuse, sottintesi che ci hanno lasciato molti dubbi che qui riassumiamo: chissà magari qualcuno ci legge e ci spiega:

*Primo dubbio:* è vero o non è vero che alcuni componenti della commissione nazionale AIDS sono, nello stesso tempo, consulenti delle case farmaceutiche che producono farmaci anti-AIDS?

*Secondo dubbio:* è vero o non è vero che nelle commissioni del ministero e dell'Istituto superiore di sanità chiamate a giudicare i progetti di ricerca (30 miliardi/anno) ci sono alcuni ricercatori - o capi di ricercatori - che presentano i progetti e poi giudicano se devono essergli attribuiti i finanziamenti? *Quis custodet custodes?*

*Terzo dubbio:* è vero o non è vero che quando la RAI manda in onda trasmissioni per la ricerca dei fondi non sono predefiniti i criteri per l'assegnazione dei fondi e si scatena poi una bagarre per chi deve prendere di più?

## I CONTI DI ROSY BINDI

Uscendo dal consiglio dei ministri del 20 giugno scorso, che ha varato fra l'altro le nuove misure sui farmaci, il ministro della sanità (fotografia a colori su Lancet per questa occasione) ha così riassunto le sue previsioni sui risparmi che si otterranno con le misure varate:

- riallineamento dei prezzi dei farmaci su quello più basso con trasferimento in fascia C dei prodotti che non si adegueranno al nuovo costo: £ 340 mld
- trasferimento di altri prodotti da fascia A a fascia C: £ 200 mld
- controlli sulle prescrizioni dei medici/pediatri di base: £ 75 mld
- immissione in commercio di farmaci "generici": £ 20 mld

*TOTALE del risparmio nel secondo semestre 1996: £ 635 mld*

Questo secondo il ministro della sanità, ma secondo Garattini il risparmio è sovrastimato del 50%. Valeva la pena?

## COUNSELLING IN PEDIATRIA

Come annunciato dal numero 2 del '95 di Quaderni ACP si è tenuto il Corso di Base riguardante le tecniche di counseling in pediatria, proposto dalla SICIM (Società Italiana di Counselling in Medicina) e condotto dal Prof. Giorgio Bert e dalla dott.ssa Silvana Quadrino con sede a Torino.

Il gruppo dei partecipanti comprendeva nove pediatri (otto di famiglia ed uno ospedaliero) che hanno seguito i quattro moduli stabiliti dal programma (curare il bambino e comunicare con la famiglia, conoscere il bambino e la famiglia, parlare al bambino e parlare del bambino e le comunicazioni difficili). In ogni modulo è stato dato ampio spazio alle situazioni reali, portate dai partecipanti tramite registrazioni o riassunti scritti.

La consolidata esperienza dei due conduttori ha potuto così essere applicata a situazioni concrete che accadono nell'ambulatorio pediatrico o in ospedale pediatrico e ciò ha sicuramente portato ad una necessaria applicazione delle tecniche di counseling alla nostra esperienza quotidiana. La valutazione è stata positiva sia da parte dei docenti che dei discenti.

Per tutti infatti si è trattato di un'esperienza necessaria per tarare il corso sulle esigenze del pediatra, dopo le precedenti esperienze dei conduttori con i medici di medicina generale e con il personale dei SERT. Sarà possibile dopo questo primo corso, partecipare ad una seconda fase che permetterà di acquisire tecniche di formazione al counseling ed entrare così a far parte della struttura formativa del SICIM, costituendo una rete di pediatri stessi atti a fungere da formatori. È prevista la possibilità di coinvolgere altri gruppi di pediatri interessati, sfruttando l'esperienza di questo primo gruppo che potrebbe agire da "catalizzatore" nei confronti

dei colleghi. Gli interessati possono dunque mettersi in contatto con la SICIM (Tel. 011/8609953 o Fax 011/8609278), concordando le modalità di organizzazione locali.

## PREVALENZA DELL'ASMA INFANTILE IN ITALIA

Lo studio SIDRIA (studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) è la realizzazione italiana di uno studio internazionale denominato ISAAC (International Study on Asthma and Allergies in Children). Lo studio italiano si propone un obiettivo molto ambizioso: chiarire, oltre alla prevalenza, le possibili cause ambientali dell'asma infantile. Pertanto lo studio italiano è articolato in due indagini:

- studio di prevalenza;
- studio di correlazione.

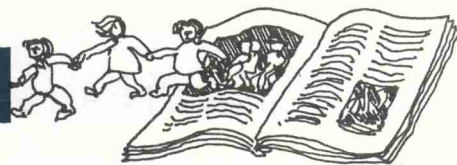
Sono noti per ora i dati dello studio di prevalenza, effettuato mediante questionari, che è stato realizzato a Roma e Viterbo su un campione di 60 scuole elementari e 52 scuole medie inferiori. Non sono ancora noti i dati delle altre regioni (Piemonte, Lombardia, Trentino, Emilia-Romagna, Toscana). Il campione laziale è composto da oltre 4.000 bambini/ragazzi e ha dato i seguenti risultati:

- in 1<sup>a</sup>/2<sup>a</sup> elementare la prevalenza dell'asma (definita, dopo avere spiegato ai ragazzi il significato dei termini usati anche con videoesempi, come *fischi o sibili al torace negli ultimi 12 mesi*) è del 7.2%;
- in 3<sup>a</sup> media la prevalenza è del 9.4%.

I dati debbono essere ulteriormente approfonditi con un confronto fra i questionari compilati dai genitori e quelli compilati dai ragazzi delle scuole medie. Gli studi di correlazione sono ancora in corso.

*(Notiziario dell'osservatorio epidemiologico Regione Lazio. Maggio 1996).*





## PROPOSTA DI REGOLAMENTO ACP

*Questa proposta del presidente verrà sottoposta a discussione e votazione nel corso dell'assemblea dei soci di Verona.*

### 1. Riunioni del consiglio direttivo

Il cd si riunisce almeno due volte l'anno. Partecipano alle sue riunioni i componenti eletti, i responsabili delle segreterie, il direttore di Medico e Bambino, il direttore di Quaderni.

### 2. Candidature e schede elettorali.

Le candidature al cd da parte dei gruppi locali devono riguardare soci iscritti all'associazione da almeno un anno solare, e, salvo casi eccezionali, devono riguardare soci residenti nella regione ove opera il gruppo. Le candidature devono essere accompagnate da un brevissimo curriculum.

Le candidature e le schede elettorali vengono pubblicate su Quaderni ACP ed inviate all'indirizzo degli iscritti; le modalità di votazione sono indicate nello statuto dell'ACP.

### 3. Relazioni sull'attività dei gruppi

I responsabili dei gruppi locali sono tenuti ad inviare al comitato organizzatore del congresso nazionale, entro il 31 luglio di ogni anno, le relazioni sull'attività dei gruppi medesimi perché siano pubblicate in un volume che viene distribuito a tutti i partecipanti al congresso.

### 4. Quaderni ACP.

Il direttore di Quaderni ACP è o il presidente stesso dell'ACP, o un iscritto all'Associazione nominato dal presidente previa consultazione del cd.

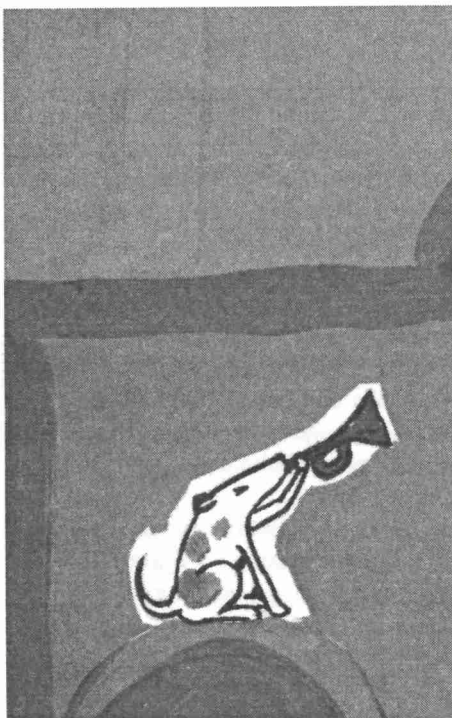
Il direttore della rivista nomina la redazione. Al consiglio direttivo spetta un ruolo generale di indirizzo per la rivista.

Nel bilancio annuale dell'ACP viene accantonata una somma non superiore ai 3/4 (4/5 ?) delle spese di gestione di Quaderni ACP. La definizione della entità della somma viene stabilita dal cd su proposta del tesoriere che redige un bilancio a parte per Quaderni ACP.

### 5. Rimborsi spese.

Il tesoriere provvede al rimborso delle spese vive e documentate per la partici-

zione alle riunioni del cd. Provvede inoltre al rimborso delle spese di partecipazione alle riunioni del comitato di redazione di Quaderni ACP ed al rimborso delle spese redazionali del direttore e dei componenti il comitato di redazione. La modalità di documentazione delle spese viene definita dal tesoriere.



## LA RETE PEDIATRICA OSPEDALIERA COME BASE DI VERIFICA E CONOSCENZA

Verrà presentata al prossimo congresso dell'ACP a Verona, alle 17.30 di venerdì 4 ottobre, il nuovo progetto della rete ospedaliera. Il rapporto fra qualità delle cure e necessità della promozione della maggiore efficienza aziendale pone problemi di non semplice soluzione. Non è detto, infatti, che un ospedale efficiente dia necessariamente cure efficaci, mentre

occorre cercare di coniugare l'efficacia delle cure -sempre necessaria- con una buona efficienza aziendale. Abbiamo, in ACP, già affrontato un aspetto di questo problema quando abbiamo promosso la ricerca ambulatoriale del fare *meglio con meno*, che potrebbe, forse più propriamente, chiamarsi *fare egualmente bene con poco*. La pediatria ospedaliera si trova davanti la necessità di essere efficace per l'appunto come prerequisito per essere efficiente. Sono note le difficoltà di effettuare, nel breve tempo del ricovero ospedaliero, valutazioni di efficacia: alcuni hanno infatti proposto e non senza ragione, la istituzione di rapporti di continuità, per la valutazione degli esiti, fra pediatria ospedaliera e pediatria territoriale. È sempre mancata, però in Italia, una "rete" di sorveglianza che si sia data funzioni non episodiche (per esempio può essersi formata una rete occasionale per la sperimentazione di un nuovo antibiotico, ma è cosa ben diversa da ciò di cui stiamo parlando). La rete che immaginiamo ha anzitutto compiti di osservazione delle pratiche adottate: il primo esperimento di rete in questo ambito è stata la ricerca, organizzata dall'ACP, sull'appropriatezza dei ricoveri (*Quaderni ACP 1996;1:10*). La necessità di creare una rete nasce quindi dalle osservazioni sopra presentate. La proposta che verrà fatta in sede di congresso ACP sarà quella di provare la rete su alcune condizioni cliniche esemplificative allo scopo di:

1. produrre una base comune di informazioni su quanto viene fatto comunemente nella gestione (diagnostica e terapeutica) delle patologie, descrivendo le modalità di gestione di alcune comuni patologie, identificando procedure che possono essere oggetto di ottimizzazione;
2. utilizzare la rete per la valutazione della qualità delle cure;
3. ottimizzare, successivamente, i programmi di cura per rendere più efficaci gli interventi e procedere a successive valutazioni.

*Chi fosse interessato ad avere maggiori informazioni oppure ad aderire alla rete può contattare: Nicola D'Andrea o Federico Marchetti, Ospedale di Acquaviva delle Fonti (Ba) Tel. 080 760.374 Fax 080 760 429.*



# Centri di costo e centri di responsabilità

Materiale didattico del corso di formazione ACP per dirigenti pediatri ospedalieri (Cesena 10-12 aprile 1996)

La necessità di attivare nelle aziende USL o nelle aziende ospedaliere la cosiddetta contabilità analitica, cioè il rapporto dei costi verso il budget assegnato, ha reso necessario l'istituzione di due meccanismi concatenati:

1. la contrattazione del budget, cioè il calcolo dei costi previsti per assegnare le risorse a ogni singola unità operativa (costi previsti/risorse assegnate);
2. l'esatta registrazione dei costi, attraverso un'unità elementare chiamata **centro di costo**; questo centro di costo registra e attribuisce, al centro stesso (che può essere una divisione ospedaliera, un D.H., un sistema ambulatoriale, un laboratorio, una radiologia, etc.) i fattori produttivi (si chiamano così le risorse attribuite) consumati.

Come si attiva un cdc?

- (a) cdc funzionano mediante l'attivazione di una serie di procedure informative, di regola informatiche, fra di loro coordinate.
- (b) le unità operative, per esempio di degenza, eseguono atti che denunciano (mediante l'uso di codici appropriati) la richiesta di acquisizione di fattori produttivi: richieste di beni e servizi, prelievi dalle farmacie, richieste e ottenimento di personale.
- (c) i servizi che evadono le richieste dei reparti (laboratorio, radiologie, farmacia, magazzini, etc.) imputano il materiale, o le prestazioni al cdc del reparto richiedente.
- (d) l'ufficio di contabilità analitica raccoglie, riassume ed elabora i dati registrati nella contabilità dei costi e li trasmette come reports ai cdc interessati. Si ha così il ritorno della informazione.

## FISIONOMIA DEI CENTRI DI COSTO

I cdc, quindi, possono avere diverse fisionomie in quanto sono di almeno 4 tipi.

1. **Centri di prestazioni finali:** sono quelli delle unità di degenza che dimettono i malati e che sono compensate a DRG o gli ambulatori che sono compensati a tariffa;
2. **Centri di prestazioni intermedie:** quelli che forniscono servizi ai "finali", come per esempio i laboratori o le radiologie, i servizi di fisioterapia, di psicologia, etc.;
3. **Centri misti:** che forniscono ambedue le prestazioni, come i laboratori che lavorano sia per i servizi interni che per quelli esterni;
4. **Centri generali** sono quelli che svolgono un'attività di cui si avvalgono tutti i precedenti come i servizi amministrativi, le direzioni generale e sanitaria, i servizi elaborazione dati, quelli di manutenzione o di progettazione.

I costi che questi cdc valutano vengono ripartiti e addossati ai centri di prestazioni finali e intermedie come "servizio" ai medesimi. Questi si chiamano anche **costi comuni**, in quanto sono condivisi da tutti i cdc dell'azienda. La ripartizione fra i cdc viene effettuata con criteri più o meno soggettivi: per esempio, sulla base del numero del personale (criterio delle teste) o delle superfici occupate. Vi sono, infine, dei **centri atipici** che non rientrano in alcuna delle definizioni date sopra e che riguardano gestione di affittanze, tributi, etc. I costi "puri" dell'unità operativa senza aggiunta dei costi comuni si chia-

mano anche **costi diretti**, quelli aggiunti e relativi al costo dei servizi generali si chiamano anche **costi indiretti** (come vedremo più avanti).

Quali risorse (fattori produttivi) consumate registra un cdc?

Sostanzialmente le seguenti:

- A. **personale** medico, infermieristico, ausiliario;
- B. **beni consumabili** (farmaci, presidi, alimenti, cancelleria, energia elettrica, gas, etc.);
- C. **servizi** (diagnostici, di fisioterapia, lavanderia, pulizia, formazione professionale, manutenzione). Questi servizi sono forniti da soggetti esterni o da altri centri di costo, intermedi, misti o generali;
- D. **usi** di immobili, di attrezzature.

I fattori produttivi consumati, a loro volta, possono essere di vario tipo:

- a. **variabili:** proporzionali al volume dell'attività (farmaci, pasti, etc.);
- b. **fissi:** non legati al volume di attività (ammortamento, manutenzione, affitti);
- c. **semivariabili:** presentano ambedue le componenti (personale);
- d. **semifissi:** presentano un andamento a scalini (personale aggiuntivo oltre un certo numero di presenze).

Questa tipologia, come vedremo, è molto importante perché non permette sempre il controllo dei consumi da parte dei clinici. Infatti, i costi si possono anche distinguere in altre due tipologie (**controllabili e non controllabili**) a seconda della loro "controllabilità" da parte del responsabile del cdc.

In una unità di degenza non sono controllabili i costi di manutenzione, i costi alimentari, di pulizia, di affittanza, etc.; in



sostanza, tutti i costi indiretti ma anche una parte dei costi diretti: per esempio, il costo per unità degli esami di laboratorio o di radiologia.

Tutti questi valori sono espressi, di norma, in termini monetari; talora, in termini di punti che sono, in seguito, comunque trasformati in valori monetari.

### ATTIVAZIONE E UTILIZZO DI UN CENTRO DI COSTO

I cdc registrano il consumo di fattori produttivi e lo trasformano in valori monetari. A fronte di questi consumi, il *prodotto* di una azienda ospedaliera o di una USL o di una sua unità operativa, è rappresentato dai servizi forniti e cioè per esempio:

1. esami di laboratorio o altre prestazioni diagnostiche;
2. giornate di degenza;
3. interventi chirurgici;
4. prestazioni ambulatoriali;
5. prestazioni di medicina di base.

Il costo del prodotto, è anch'esso espresso in termini monetari, ed è dato dal rapporto fra il totale dei fattori produttivi consumati e il numero delle prestazioni effettuate o delle giornate di degenza consumate o delle prestazioni ambulatoriali elargite o, ancora, dei punti di DRG introitati. Si può così avere il costo di una giornata di degenza, di una prestazione ambulatoriale, di un punto di DRG. Durante i lavori del corso di formazione dell'ACP per dirigenti ospedalieri, tenuto a Cesena, si è calcolato - su valori reali - quanto sia costato un punto di DRG in una divisione di pediatria generale utilizzando la seguente formula:

costi diretti + costi indiretti / somma punti DRG = costo 1 punto DRG

Il valore ottenuto è stato di £ 3.098.000 per punto DRG.

Il calcolo del costo di una giornata di degenza -sempre su dati reali- ha dato un valore di £ 477.000.

È chiaro, per altro, che questi due valori sono fortemente influenzati dal tipo di casistica che la divisione ricovera e, pertanto, hanno uno scarso significato senza altri indici di accompagnamento.

Il salto di qualità si farebbe con il calcolo del costo vero DRG - specifico che, per ora, si può ottenere solo con indagini ad

hoc. Attualmente, dunque, questa valutazione di costo rimane molto grezza e assai difficile sembra essere il trasformarla in una valutazione sia di efficienza che, tanto meno, di efficacia.

Essa può essere solamente utilizzata nella comparazione del servizio con sé stesso nel corso degli anni.

E, naturalmente, nella contrattazione del budget.

Un criterio, forse appena più aderente alla clinica nel valutare il calcolo del prodotto, potrebbe essere quello del "*direct costing*" cioè il calcolo dei soli "costi diretti" (personale, beni di consumo, farmaci, prestazioni dei centri intermedi, pulizia, degenze, pasti, lavanderia, guardaroba), togliendo cioè dal calcolo i costi indiretti, o dei centri generali, che possono avere, nel singolo caso, valori di estrema variabilità da azienda ad azienda.

### CDC E PEDIATRIA

Con i dati forniti dai cdc, può comunque essere calcolato oggi (fino a ieri ciò era impossibile) il costo di un reparto di degenza o di una attività ambulatoriale. Poiché su questi dati si impiegherà nei prossimi anni il colloquio (o la contesa) fra clinici e direzione strategica sembra utile, almeno all'inizio, ottenere, sull'attività di una divisione ospedaliera di pediatria, dati disaggregati a seconda delle varie attività per comprendere più particolarmente le dinamiche di spesa della divisione.

Ciò si può ottenere attivando non un solo ma più cdc, per consentire un'analisi maggiormente dettagliata dei costi e dei consumi e per consentire più facilmente interventi analitici di comprensione e di correzione.

Possono essere suggeriti per una divisione di pediatria:

1. un cdc *degenza*;
2. un cdc *DH*;
3. un cdc *ambulatori*;
4. un cdc *patologia o assistenza neonatale*.

Senza la suddivisione dei consumi ci si troverebbe in presenza di una spesa indistinta e non sarebbe possibile comprendere eventuali disfunzioni o distorsioni nel consumo delle risorse.

Questi quattro centri di costo devono ovviamente fare capo a un unico *centro di responsabilità* (cdr) gestito dal primario pediatra; questo cdr deve riassumere i cdc in un bilancio dell'intera unità operativa. Ai singoli cdc della divisione di pediatria vanno imputati i fattori produttivi consumati dalle singole sezioni.

Per quanto riguarda l'eventuale personale infermieristico e quello medico, che è in unica dotazione, ogni cdc deve imputare a se stesso le frazioni di attività garantite dal personale medico alle singole attività. Ciò può essere fatto agevolmente, valutando, in una settimana tipo, il numero delle ore consumate in ciascun settore di attività e calcolando la frazione percentuale di ore per ogni centro di costo riferita al 100% dell'attività globale.

Si farà un esempio per essere più chiari. Se i medici sono 8, le ore annuali disponibili saranno  $1.440 \times 8 = 11.520$ .

Se, nella settimana tipo, si è visto che l'attività di DH impegna il 20% delle ore, allora l'attività annuale da attribuire al DH è di 2.304 ore, cioè di 1.6 medici su 8.

### CONTROLLABILITÀ DEL CONSUMO DI RISORSE

Quanta parte del consumo dei fattori produttivi è controllabile dal dirigente della unità operativa?

La quota è abbastanza rigida e riguarda:

- I. l'aggiornamento professionale, i libri, le riviste;
- II. i farmaci, gli emoderivati, le soluzioni, i diagnostici, i presidi;
- III. gli esami di laboratorio e la diagnostica per immagini;
- IV. la cancelleria e gli stampati.

In una esercitazione tenuta al corso di cui si è detto sopra è stato valutato che su £ 1.980.000.000 di costi diretti di una divisione di pediatria erano controllabili solo 131.000.000 cioè il 6.6% che scendeva al 6% se il calcolo veniva fatto sui costi diretti più i costi indiretti.

In sostanza, questo nuovo modo di affrontare la gestione delle unità operative condizionerà di molto la vita dei reparti di pediatria negli ospedali.

*È bene che i pediatri vi siano preparati.*



# Farmaci in Bosnia e pediatri a Mostar

## Cronaca e dolori di un viaggio professionale

di Maurizio Bonati

*Al ritorno in Italia, dopo aver attraversato la Repubblica Serba e la Federazione della Bosnia-Erzegovina si è pervasi da un senso di profondo disagio che alimenta una continua riflessione che, almeno per alcuni giorni, non ti dà tregua. Ritornano ed emergono le immagini degli orrori e delle atrocità di una guerra "sospesa". Avvenimenti, personaggi e luoghi che solo la presenza e l'osservazione dirette consentono di "comprendere meglio". Le differenze culturali ed i problemi quotidiani sono facili pretesti, ma non giustificano certo la pigrizia a cercare di capire, appiattendoci sulle semplificazioni "banalizzate" a cronaca dei (tele)giornali od accontentandoci di una partecipazione televisiva. Sguardi ed immagini mediate per un sapere-conoscenza ormai divenuti sempre più "virtuali". È uno degli aspetti assurdi della guerra, ovviamente non solo quella bosniaca e dei suoi tremendi misfatti. Ma è anche l'assurda contraddizione, più profonda e personale, che solo i viaggi della visione reale (del vedere e dell'imparare) e della memoria possono evidenziare. Un viaggio nella guerra di un popolo e nella memoria individuale (1). Una contraddizione, o senso di inadeguatezza ed impotenza, che recenti viaggi della scrittura (letteraria (2,3) e cinematografica (4,5) nei Balcani hanno ben delineato. Itinerari e viaggiatori diversi, attraverso i medesimi luoghi e con un'identica finalità: volgare lo sguardo e la mente ai luoghi della cronaca e dello spirito. L'angoscia e lo sconforto appartengono ad altri registri, è invece della cronaca il compito di comunicare, informare, stimolare la riflessione.*

### **Perfino farmaci inutili**

Con un francese, un islandese ed un olandese ho fatto parte del gruppo di esperti inviati dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il compito di delineare il profilo della politica sanitaria, della qualità dell'assistenza, dell'approvvigionamento ed utilizzo (razionale) dei farmaci nei territori definiti dagli accordi di Dayton lo scorso novembre. Affrontare il problema dei farmaci in Bosnia mentre in questi giorni in Italia è in corso una disputa politica estiva tra Dini e la Bindi sui recenti provvedimenti economici tra cui il prezzo dei farmaci ("la manovrina", ma come parlano? Mah!?), la sensazione di dissociazione dal reale è intensa. L'enorme dissonanza tra quelle che sembrano essere le nostre priorità nazionali in tema di assistenza farmaceutica (e quindi di parte del diritto alla salute) e quelle di molte altre (troppe?) popolazioni, sottolinea ancora una volta quanto labile e relativa sia la consapevolezza dei bisogni (nostri e quelli degli altri).

Verrà stilato un dettagliato rapporto della missione e verranno presentate alcune proposte di intervento la cui efficacia ed efficienza saranno determinate dai complessi e complicati percorsi della politica internazionale: e quindi molto probabilmente minime, se non addirittura nulle. Indipendentemente dalle procedure formali è tuttavia opportuno anticipare (e pubblicizzare il più possibile) una delle attuali necessità, reale perché ripetuta da tutti gli operatori incontrati e perché constatata direttamente: la necessità, divenuta impellente, di eliminare enormi quantità di farmaci inutilizzabili. Un'evenienza non esclusiva né della Bosnia né delle donazioni di farmaci, ma che si ripete in ogni situazione di emergenza e che si tra-

scina per tutto il periodo (spesso infinito) della ricostruzione o della transizione. Si pensi ad esempio alle guerre civili ed interetniche in Ruanda ed Eritrea, al terremoto in Armenia, alla caduta di Enver Hoxha in Albania: tutte situazioni non troppo distanti, geograficamente e temporalmente, dove le iniziative di cooperazione italiana sono, e sono state, rilevanti. Situazione contraddittoria e necessità assurda che: da un lato richiedono un pronto ed urgente intervento ed impongono di adottare utili precauzioni per il futuro; dall'altro devono far riflettere sulle donazioni e sulla solidarietà, quando queste non sono solo un gesto personale, ma collettivo. Circa l'80% di tutti i farmaci disponibili sono forniti dalle associazioni umanitarie (in particolare dalla Croce Rossa Internazionale, dai francesi di Medecins sans Frontières, dagli olandesi di Pharmaciens sans Frontières e dagli italiani della Caritas), ma anche da singoli gruppi od associazioni (parrocchiali, sindacali, di quartiere). I medicinali sono utilizzati e distribuiti gratuitamente e rappresentano sicuramente un contributo ancora indispensabile per alcuni anni. Tuttavia, alcune distorsioni nel tentativo di questo aiuto umanitario indicano quanto sia opportuno adottare degli adeguati provvedimenti. Le donazioni sono incentrate sul rifornimento di medicinali, nella convinzione che i farmaci siano il principale mezzo per risolvere la malattia, ma anche le soluzioni endovenose sono ugualmente necessarie perché localmente ne vengono prodotte solo piccole quantità (non sufficienti e non sempre adeguatamente controllate dal punto di vista della sterilità). Analogamente le scorte dell'attrezzatura di base sono terribilmente scarse (aghi, siringhe, garze, disinfettanti, guanti sterili e monouso). Le donazioni richiedono



quindi coordinazione, interazione e cooperazione fra il ricevente e il donatore in modo da rappresentare una risposta ad un reale bisogno e garantirne l'effettivo utilizzo. Attualmente molti "farmaci essenziali" (come la penicillina, gli analgesici e gli antipiretici) sono forniti da tutte le organizzazioni non-governative e arrivano a superare la reale necessità. Succede così che lo stesso ospedale o centro sanitario riceva da più organizzazioni nello stesso periodo, gli stessi farmaci, nelle stesse formulazioni, mentre c'è una continua e generale carenza, per es., di antitumorali, ormoni, psicofarmaci, cefalosporine, gentamicina o mancano del tutto formulazioni in sciroppi, gocce e pomate. In molte farmacie ospedaliere ed extraospedaliere vi sono intere stanze ricolme non solo di farmaci scaduti o prossimi alla scadenza, ma anche di donazioni inappropriate e del tutto irrazionali: decine di migliaia di confezioni non usate (es. 2.000 fiale di cloramfenicolo in una farmacia pubblica a Sarajevo: non solo l'uso del cloramfenicolo i.v. è molto limitato, ma in genere è impiegato in corso di infusione; dove le soluzioni i.v. già scarseggiano, la possibilità di utilizzo è ulteriormente ridotta), inutili (es. migliaia di supposte contenenti salbutamolo in una farmacia umanitaria di Banja Luka; preparazione irrazionale in qualsiasi parte del mondo), non utilizzabili (es. 50.000 bottiglie da mezzo litro di soluzioni di aminoacidi da infondere, quasi scadute, nella farmacia dell'Ospedale Universitario di Sarajevo, fornitura eccessiva anche per l'intera nazione), non necessarie (per es. enormi quantità di diversi antimalarici nella farmacia dell'ospedale di Bihac, in una nazione dove non c'è malaria). Il cemento dentale è pressoché inesistente ed i denti vengono estratti anziché otturati: tuttavia numerose confezioni di filo interdentale vengono regolarmente fornite ed, ovviamente, rimangono inutilizzate (ne abbiamo trovate 25.000 nei sotterranei di un ospedale a Sarajevo). Non si conosce l'effettiva quantità del materiale che deve essere distrutto e quindi ciascuno fornisce le proprie stime (350 tonnellate a Banja Luka, 20 a Bihac, 200-240 a Mostar, 100 a Sarajevo). Per far fronte a questa assurda necessità di smaltimento è in progetto la costruzione di un inceneritore, sebbene l'ubicazione e la costruzio-

ne, come pure chi deve sostenere i costi di realizzazione e gestione (le stesse associazioni umanitarie che forniscono i farmaci, come qualcuno sostiene?) non siano ancora stati decisi. È stato comunque stimato un costo di 2 marchi per ogni kg di farmaci da bruciare e che saranno necessari (a tutt'oggi) almeno tre mesi di attività. In tale contesto è quanto mai evidente la necessità di organizzare un progetto-guida che controlli il rifornimento di farmaci, la loro distribuzione e il loro utilizzo. Lo scorso marzo l'OMS ha stilato alcune dettagliate linee-guida per le donazioni di farmaci in modo da aiutare le iniziative umanitarie che si trovano a dover affrontare la complessa situazione delle donazioni. L'applicazione di queste indicazioni potrà certo contribuire a far sì che la solidarietà possa veramente dimostrarsi un aiuto utile ed "essenziale" e non uno sperpero di risorse ed un dispendio inutile di energie.

musulmani di Mostar e dell'intera Bosnia. Poco distante, nella città vecchia alcuni dei piccoli negozi dei fabbri e dei ramai sono riaperti o stanno per riaprire. Sono le 14 ed in uno dei bar-ristoranti un po' improvvisati che sovrastano il fiume, attorno ad un tavolo ci sono quattro giornalisti italiani, corrispondenti di quattro quotidiani. Mostar è presidiata non solo dagli, ormai stanziali, militari della IFOR (Implementation Force; circa 60.000 in Bosnia) e dagli operatori di molte altre organizzazioni ed agenzie internazionali, ma anche da una miriade di osservatori dell'Unione europea (Ue), di giornalisti e cineoperatori. Il giorno successivo si svolgeranno le elezioni comunali. Le prime elezioni ("libere"?!), prova generale per quelle nazionali previste per il 14 settembre. I quattro giornalisti si passano di mano il cellulare e chiamano le rispettive redazioni, anticipando l'invio di un loro pezzo nel tardo pomeriggio: dopo le 16



### Le due pediatrie di Mostar

Sabato 29 giugno a Mostar la temperatura supera i 30°C e c'è un'opprimente afa estiva. Dal mozzicone (o moncherino), quello che rimane, dello splendido ponte costruito quattrocento anni fa dall'architetto ottomano Hayrettin, i ragazzi di Mostar si tuffano senza paura da così in alto nelle profonde acque delle Heretva. Giocano e si divertono come tanti altri ragazzi hanno sempre fatto sino a prima della guerra. Ad essere distrutto non è stato solo il ponte od altri edifici, come la famosa biblioteca con tutta l'eredità culturale che raccoglieva. La distruzione mirava ovviamente alla stessa identità dei

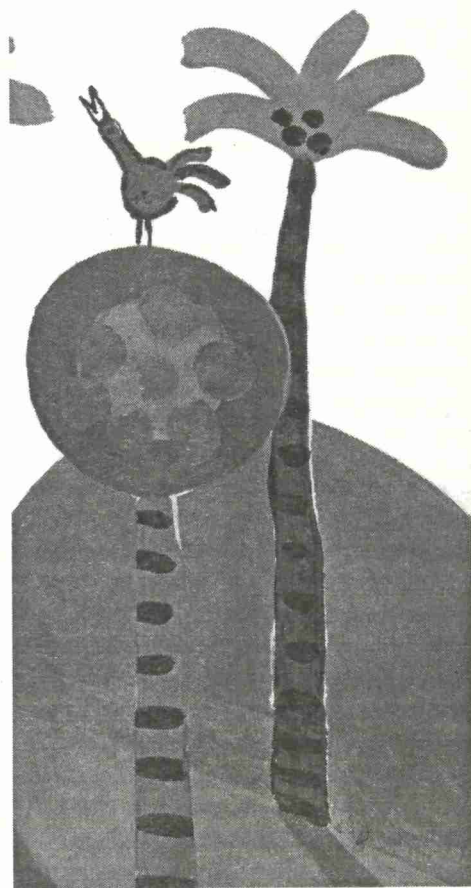
quando ci sarà il comunicato stampa ufficiale dell'Osce (Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione europea) sulla situazione in città. Tutti dicono le stesse cose, tutti prenotano-garantiscono due colonne per l'edizione domenicale, ... ma cosa leggiamo inconsapevolmente sui quotidiani? Che cosa sono il giornalismo, l'informazione, la libertà di stampa? Queste e tante altre domande e riflessioni mi arrovellano, mentre i nostri "informativi" continuano a chiacchierare di colleghi, missioni, rimborsi spese come se fossero al bar di piazza Cavour. Intanto i ragazzi a turno continuano a tuffarsi, attendendo che, sotto, le acque siano libere da coeta-



nei (anche ragazze musulmane) che nuotano seguendo la corrente. Mi riprendo e mi dico ingiusto, eccessivamente critico, nei confronti di questi giornalisti (la sera ed il giorno dopo avrò però modo di non ricredermi!): stanno solo riposando, è una pausa, come la nostra del resto. Mi è comunque difficile credere che descrivano sui loro giornali una situazione e uno stato delle cose quali le ho viste, per esempio, nel corso della mattinata. L'ospedale di Mostar est, zona musulmana-bosniaca, è stato completamente distrutto. All'ingresso della città in un deposito sono state collocate alcune decine di container, dono di alcuni paesi africani a maggioranza musulmana. Due letti in ogni container, uno adibito a sala operatoria, un altro per le radiografie, uno per la sala dei medici, ... è il solo ospedale della zona est! In un container ci sono due uomini di mezza età, uno di fronte all'altro, ad entrambi è stata amputata da poco la gamba destra: due mine antiuomo "dimenticate". Che fossero di produzione italiana? Lasciato l'ospedale ci dirigiamo al centro di salute pediatrico, sempre nella zona est. Avevo chiesto ufficialmente di farvi visita e di incontrare il personale sanitario. Molte persone, madri e padri con bambini in braccio o per mano, bambini di tutte le età, attendono il loro turno fuori da una baracca prefabbricata di quattro locali, in uno spiazzo battuto dal sole. Il pediatra responsabile ci attendeva ed interrompe di visitare, concedendoci cinque minuti. Sono alcuni minuti di riposo anche per lui, ci dice. Lavora infatti senza interruzione da 24 ore. I pediatri sono quattro e con una decina di infermiere devono garantire l'assistenza non solo all'ambulatorio, ma anche in ospedale (i container). Si lamenta, non dei turni o del lavoro massacrante (mentre parliamo un suo collega, dietro una paratia mobile seduto su una sedia, sta dormen-

do: è la sua mezz'ora di riposo e noi l'abbiamo svegliato), ma dell'impossibilità di poter garantire un'assistenza adeguata ad alcuni bambini con malattie croniche. Si lamenta della mancanza di prodotti dermatologici, di colliri, di antibiotici in sciroppo, di cibo per l'infanzia. L'elenco dei bisogni potrebbe essere più lungo e preciso, ma scusandosi ci lascia perché i piccoli pazienti ed i loro genitori aspettano: il registro delle visite è arrivato alla 150ª nelle ultime 24 ore. Attraversiamo il ponte nuovo e ci trasferiamo nella zona ovest (est ed ovest come Berlino, circa 54.000 abitanti da entrambe le parti) dove abbiamo un appuntamento con il responsabile dell'assistenza pediatrica della zona croata. Otto pediatri garantiscono l'assistenza ospedaliera (un ospedale moderno, a più piani, pulito), altri cinque lavorano negli ambulatori territoriali. Non hanno particolari necessità, se non una scarsità di farmaci iniettabili (il cui utilizzo per altro in ambito pediatrico dovrebbe essere limitato). Anche per la gestione di bambini con malattie croniche non hanno particolari problemi, perché in questi casi i bambini (della parte ovest, quelli croati) vengono inviati a Zagabria. Due città, due popolazioni, bisogni diversi separati da un ponte! Ma i nostri giornalisti in attesa dei comunicati ufficiali hanno incontrato questi pediatri, hanno visto questi bambini? Avranno sicuramente raccontato (spero e cerco di crederlo) di altri aspetti, tra i molti atroci e disperati che questa guerra ha prodotto. I lettori e gli spettatori televisivi saranno sicuramente stati informati, saranno rimasti inorriditi e turbati. Molti avranno voluto essere solidali e testimoniare magari acquistando farmaci da inviare in Bosnia, od avranno svuotato gli armadietti domestici di rimanenze, o avranno finanziato un'iniziativa di una delle organizzazioni umanitarie per l'acquisto e l'invio di

medicinali. I farmaci arrivano, non sempre servono, devono essere distrutti, ... i bisogni sono altri, ma la coscienza è un po' più tranquilla. Del resto poco è stato detto di cosa, quando e quanto c'è bisogno ed ancor meno di "come" aiutare.



### Cronache di viaggio e della memoria

1. Toni Capuozzo. *Il giorno dopo la guerra*, Feltrinelli, 1996, pagg. 174, £ 20.000
2. Peter Handke. *Un viaggio d'inverno*, Einaudi, 1996, pagg. 88, £ 16.000
3. Nedim Gürsel. *Ritorno ai Balcani*, Ananke, 1996, pagg. 135, £ 19.000
4. *Lo sguardo di Ulisse* di Theodor Anghelopolus.
5. *Underground* di Emir Kusturica.





## PIANTE PAZZE NEL TERZO MONDO?

di Pino La Gamba

Nulla a che vedere con i prioni, ma alle piante del terzo mondo sta succedendo qualcosa di grave: dal mese di marzo di quest'anno *New Scientist* si fa costantemente portavoce dell'allarme lanciato dai nutrizionisti sugli effetti a distanza delle innovazioni tecnologiche realizzate nel terzo mondo per sconfiggere il dramma delle carestie endemiche. In effetti le varietà di riso, frumento e mais ad alta resa introdotte in vari paesi del terzo mondo hanno un basso contenuto in minerali e vitamine. Nelle aree in cui esse hanno sostituito le verdure, la frutta ed i legumi che prima fornivano tali elementi, l'alimentazione delle rispettive popolazioni si è pericolosamente impoverita di ferro, zinco, vitamina A ed altri microelementi.

Fra il 1955 ed il 1985 la produzione mondiale di cereali è passata da 273 a 343 Kg pro capite ed in India in particolare la produzione di cereali è triplicata, scongiurando la prevista carestia che avrebbe dovuto devastare quel paese. Ma in quei paesi rimangono comuni, e in alcuni casi sono in aumento, le malattie conseguenti a carenze di minerali e vitamine. E non sono critiche di parte se anche in un rapporto ONU del lontano 1992 tali carenze sono considerate diretta conseguenza delle innovazioni tecnologiche introdotte (un vero business per i paesi ricchi).

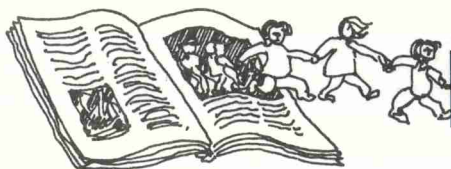
Per il ferro: dati della FAO indicano una diminuzione del suo quantitativo nella alimentazione mondiale e soprattutto in gran parte delle regioni in via di sviluppo. Nel mondo una condizione di anemia è presente nel 50 % delle donne in stato di gravidanza (nel 40 % di quelle non gravide) ed 1.5 miliardo di bambini è in stato di iposideremia. L'anemia acuta è causa del 40 % dei 500.000 decessi/anno legati al parto. Oltre a ciò la sideropenia, con la debilitazione e la incapacità a concentrarsi che comporta e la sospetta interferenza con lo sviluppo del sistema nervoso, impedisce ai bambini di avvantaggiarsi della istruzione che ricevono. Ernesto Polley dell'università di Davis (California) e Ponpon Idjradinata della università di Bandung (Indonesia) hanno rilevato

che a Giava lo stato di anemia sideropenica era responsabile del ritardo nello sviluppo motorio e mentale di un gruppo di bambini fra i 12 ed i 18 mesi. Sulla scala di Bayley per 50 di loro il punteggio ottenuto era in media pari ad 88,5 rispetto ad un punteggio di 105,5 nel gruppo di controllo. Dopo quattro mesi di terapia correttiva (3 mg/Kg/die) il primo gruppo ottenne un punteggio di 112,5 sulla stessa scala. Benché poco si sappia circa il ruolo del ferro nello sviluppo psico-motorio è nota la sua importanza per una larga serie di neurotrasmettitori. Una moderata carenza di zinco, benché sia necessario in quantità minime, può condizionare significativamente lo stato di salute di una popolazione, con i disturbi dell'appetito e la riduzione delle difese immunitarie che determina. Secondo l'Internazional Maize and Wheat Improvement Centre di Città del Messico, il 65-70 % della popolazione del Medio Oriente e dell'Africa Settentrionale ricava gran parte delle calorie da un pane fatto con frumento ad alta resa ma povero di zinco. Per la vitamina A le innovazioni tecnologiche non hanno modificato la prevalenza della carenza acuta che provoca ogni anno nel mondo la cecità di circa mezzo milione di bambini. Ma oltre a tale drammatico dato, 227,5 milioni di bambini ed un numero incalcolato di adulti assumono una quantità di vitamina A insufficiente a mantenere efficiente il sistema immunitario, le mucose intestinali e respiratorie. La maggiore fragilità rispetto a patologie quali la diarrea, il morbillo e l'HIV, conseguenza dell'ipovitaminosi cronica ha un impatto forse maggiore rispetto alla stessa cecità. Benché isolate aree a rischio per carenze vitaminiche e micronutrienti in genere siano presenti anche in occidente nei paesi in via di sviluppo il fenomeno è più diffuso e colpisce tutta la popolazione: per la Banca Mondiale il deficit di ferro, vitamina A e zinco comportano la perdita del 5 % del PIL del mondo in via di sviluppo, una quota che basta a vanificare la crescita economica di un paese a basso reddito. Che fare? Somministrare i micronutrienti in pillole o iniezioni? Arricchire gli ali-

menti, come si fa nel mondo occidentale? Entrambe le vie sono impraticabili.

Per l'*International Food Policy Research Institute di Washington (IFPRI)* resta una terza soluzione: nuove innovazioni tecnologiche che reintroducano le varietà vegetali prima diffuse nei paesi in via di sviluppo sotto forma di varietà ad alta resa. Ma perché queste siano disponibili saranno necessari alcuni decenni e soprattutto saranno necessarie ampie e diffuse campagne informative per indurre le (*diffidenti? n.d.r.*) popolazioni ad introdurle nella loro dieta. Sono già in fase di sperimentazione i primi tentativi per la individuazione di varietà redditizie e non carenti. Welche e Graham, i due ricercatori che si stanno impegnando in tale direzione, sperano nella genetica vegetale: mentre sono centinaia i geni che condizionano la resa, solo alcuni regolano la assunzione dei micronutrienti dal terreno. Per Bouis, economista dell'*IFPRI*, sono necessari 10 anni e 20 milioni di dollari per immettere sui mercati varietà di colture ricche di zinco, ferro e betacarotene: con tale cifra si possono acquistare pillole di ferro in quantità sufficiente solo a trattare per un anno circa un terzo delle donne anemiche in stato di gravidanza in India. Grazie alle loro straordinarie capacità di estrarre i micronutrienti anche da terreni poveri è prevedibile una sopravvivenza per centinaia di anni di tali varietà senza bisogno di un apporto di fertilizzanti. Tuttavia i primi tentativi già realizzati, per stessa ammissione di Grasham, non hanno ottenuto incoraggianti risultati. Negli anni '70 la realizzazione di una varietà di mais ricca di lisina ha fatto intravedere i possibili fallimenti di tale strategia. Tale varietà si è rivelata a bassa resa e quindi male accolta dai contadini che avrebbero dovuto coltivarla e per giunta sgradevole nel sapore. In sostanza, serve ancora molto tempo prima di poter disporre di varietà redditizie e di gusto accettabile. Nel frattempo? Per i responsabili dell'*IFPRI* sono necessari gli integratori, l'arricchimento dei cibi e l'informazione ma tali strategie di ripiego raggiungeranno solo una piccola percentuale degli oltre due miliardi di persone che nel mondo soffrono della fame... invisibile (occulta?). Ma l'impovertimento delle terre conseguente alle innovazioni tecnologiche già effettuate sarà reversibile?





# Nessuno scrive al colonnello

ovvero lettere di sola andata

*In un celebre libretto dal titolo, Nessuno scrive al Colonnello, Gabriel Garcia Marquez racconta di un vecchio ufficiale rivoluzionario che attende per 15 anni una lettera del comando militare che, in risposta ad una sua domanda, dovrebbe attribuirgli una meritata pensione di guerra. La lettera non arriverà mai e alla fine dei 15 anni, la fame si impadronirà definitivamente del colonnello e della sua compagna. Molti italiani hanno avuto una sorte simile. Hanno scritto a ministri, assessori, parlamentari senza essere onorati neppure della burocratica risposta, in uso nel ventennio, "S.E. terrà accurato conto delle vostre osservazioni".*

*Forniamo qui alcuni esempi di queste lettere di sola andata.*

## LETTERA AL MINISTRO DELLA SANITÀ

**On. Rosy Bindi**

Egregio signor ministro, non sappiamo quante cose sentirà in questi giorni; certo molte. Allora abbia pazienza e senta anche noi. Noi siamo una associazione composta da 2000 pediatri: di base, di comunità, ospedalieri, universitari. Ci chiamiamo **Associazione Culturale Pediatri**. Essendo pediatri ci occupiamo di bambini: di bambini sani per evitare che diventino malati, o troppo malati (dovrebbe essere il nostro compito maggiore) e di bambini malati per farli tornare sani. Non siamo un'associazione sindacale. Non siamo un'associazione professionale. Noi siamo un'associazione culturale. Perciò, si tranquillizzi, mai le chiederemo più soldi, più posti letto, più infermieri, come certo faranno le associazioni sindacali e professionali. Noi le porremo dei

problemi perché è suo compito risolverli e nostro compito individuarli, dato che un'associazione culturale dovrebbe ragionare su quello che fa. Le faremo un brevissimo elenco di problemi che ridurremo a due.

A noi pare che il primo problema che lei si trova a dovere affrontare, nell'assistenza ai bambini, sia l'*equità*: ci sono bambini, italiani non extracomunitari, che vivono in aree (al Nord ed al Sud) che hanno a disposizione minori mezzi, minori presidi sanitari e quindi muoiono di più, si ammalano di più e quando le malattie sono serie sono curati di meno.

Ma, veda, questo problema "sanitario" non si risolve mettendo più mezzi e più medici nelle aree sfavorite. Esso ha un serio risvolto sociale: ci sono bambini che, per le condizioni di sfavore economico e culturale in cui vivono, non riescono a trarre dai servizi sanitari neppure i benefici cui avrebbero diritto e che sono, in fondo, a loro disposizione. Questi bambini noi li abbiamo chiamati "*a rischio sociale*" in un convegno che abbiamo fatto con l'amministrazione comunale di Napoli e di cui le manderemo il volume. Continueremo il discorso del bambino a rischio sociale a Palermo nel febbraio del 1997. La inviteremo. Questo è, secondo noi, il primo e principale problema della salute dei bambini di oggi in Italia. Certamente, questo glielo dicono tutti, c'è anche un problema economico: bisogna spendere meno senza mettere a repentaglio il Welfare State. Noi siamo convinti che oggi si possano ottenere almeno gli stessi risultati di ieri spendendo meno. La nostra associazione ha condotto una ricerca in tal campo che è a sua disposizione. Noi siamo, forse, dei grandi semplificatori, ma siamo convinti che il famoso

"risparmio" di cui tutti parlano può ottenersi in una sola direzione: trasportando nell'area delle cure primarie una discreta parte di ciò che ora viene diseconomicamente curato nelle aree secondaria e terziaria. In sostanza facendo curare a casa dai medici-pediatri di base una discreta parte di ciò che ora si cura impropriamente negli ospedali.

Si può, signor ministro, si può.

Ma tenga conto che se le cose saranno lasciate così gli ospedali non avranno alcun interesse a ridurre il numero dei malati che ricoverano: i DRG, infatti, innescheranno (già hanno innescato) il perverso meccanismo: **più ricoveri, più DRG, più soldi**. Il riequilibrio fra territorio ed ospedale, che è il solo capace di indurre risparmi, non si avrà.

Le facciamo molti auguri, signor ministro, e siamo a sua disposizione.

*Distinti saluti*

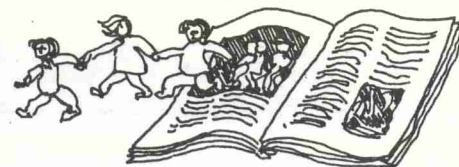
*Giancarlo Biasini - Presidente A.C.P.*

## LETTERA AL MINISTRO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE

*Nel mese di giugno l'ACP ha inviato al ministro della solidarietà sociale le lettere che segue a seguito di una dichiarazione rilasciata alla stampa su di un progetto che francamente ci sembrava poco convincente.*

*Abbiamo con l'occasione inviato al ministro il volume di Cirillo, Siani, Tamburli sul bambino a rischio sociale e la signora Turco ci ha cortesemente ringraziato. Nel mese di luglio, con una successiva dichiarazione alla stampa, il ministro ha proposto di utilizzare l'8 per mille, riaffidato allo Stato, per progetti dedicati all'infanzia.*





*Ecco, questa ci sembra, invece, proprio una buona idea sulla quale iniziare a lavorare.*

*L'ACP terrà nel marzo prossimo un convegno a Palermo sul rischio sociale. Sarà quella l'occasione per parlarne più a fondo magari insieme al ministro*

## On.le Livia Turco

Egregio signor ministro, chi le scrive è un'associazione di pediatri che si occupa, da molti anni, della salute dei bambini, intendendo con il termine *salute* molto di più della guarigione di un bambino dalle sue malattie.

Abbiamo letto la sua intervista sul *Corriere* del 7 giugno e la sua proposta di coinvolgere tutti i ministeri nella redazione di una carta dei diritti dei minori.

Ci permetta di essere scettici. Di carte ce ne sono già molte: citiamo a memoria l'art. 25 della dichiarazione dei diritti dell'uomo (1948), la dichiarazione dei diritti del fanciullo (1959), la dichiarazione di Alma Ata (1978), la convenzione internazionale dei diritti dell'infanzia (1990) e certo ci siamo dimenticati di altre.

Al di là delle carte quello che è mancato, in tutti questi anni, nella politica per l'infanzia, è stato un percorso *concreto* all'inizio del quale lo Stato si presenta e dice al nuovo cittadino *"sono qui; se ti servo sai come chiamarmi"*.

Questa ci sembrerebbe che fosse la più vera espressione del *Welfare State*.

Un giudice del tribunale dei minori di Napoli, con il quale noi lavoriamo insieme in quella città, chiama questo la presentazione di un'*autorità amorevole*, mentre oggi lo Stato si presenta per la prima volta al nuovo cittadino per ordinarli la leva, quando non per multarlo o giudicarlo.

Lei ha certo pensato, signor ministro, che il primo contatto del nuovo cittadino con lo Stato è la sua iscrizione al S.S.N. In realtà è in quel momento che lo Stato gli dice *"sono qua, se ti servo"*.

E immediatamente dopo la famiglia, con il bambino in braccio, incontra il pediatra, che ne tutela la salute, e fornisce istruzioni, spiegazioni, consigli anticipatori. Poi il bambino viene chiamato nei consultori dove lo Stato gli offre le vaccinazioni, e

poi gli consiglia l'asilo nido, o la scuola materna (dove c'è, solo dove c'è), e consiglia la famiglia sul modo come allevarlo, su come alimentarlo, su come evitargli incidenti e così via.

A noi pare che nessuno abbia mai riflettuto abbastanza sulla importanza di questo *percorso reale* fatto di momenti di grande interesse sociale e di possibile vicinanza fra lo Stato ed il cittadino. Tutti hanno sempre pensato al S.S.N. come arcigno dispensatore di farmaci e di ospedalizzazioni, invece che come *amorevole autorità* che guida il cittadino verso la salute. Lei mi chiederà ora: ma le strutture del S.S.N. sanno fare questo mestiere? Come possono saperlo fare se nessuno ha mai chiesto loro di farlo, se nessuno ha mai insegnato a farlo? Ma è questo un motivo sufficiente per seguire a non farlo? Una cosa, però, mi sento di dirle: i nostri associati lo stanno facendo e per questo si sono uniti in una associazione che ha promosso a Napoli (non a caso a Napoli!) una sperimentazione in tal campo, in stretta collaborazione con l'amministrazione comunale di quella città. Di un convegno che abbiamo organizzato a Napoli sul bambino a rischio sociale le manderemo il volume degli atti sperando che lei abbia tempo di sfoglarlo. Se, egregio signor ministro, ha voglia di ragionare con noi attorno a queste cose noi siamo a sua disposizione.

*Distinti saluti.*  
Giancarlo Biasini  
Presidente ACP



## ACP RINNOVO CARICHE SOCIALI 1996 - 1999 VOTAZIONE PER I CONSIGLIERI

### In sostituzione di quelli in scadenza

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

1. ....
2. ....
3. ....

### Candidati indicati dal consiglio direttivo e dai gruppi locali:

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)

### Modalità di voto prima soluzione:

1. Fotocopiare la scheda
2. Esprimere il proprio voto indicando negli spazi i nomi di tre soci ACP scegliendoli fra quelli dei candidati indicati sopra, oppure scegliendo soci dell'ACP anche al di fuori di questi.
3. Inviare la scheda, in busta chiusa contenuta in una seconda busta, con indicazione del mittente, a:  
Franco Dessì - via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR). Non si terrà conto delle buste senza mittente, né di quelle che contengono più di una scheda.

### seconda soluzione:

Il socio può votare al congresso di Verona, nei tempi indicati dalla commissione elettorale.



## Il medico odiato e parodiato

Il medico, o il guaritore che l'ha preceduto, è sempre stato un personaggio molto soggetto all'ironia e alla satira: soprattutto ne sono state messe in berlina la incapacità a svolgere il suo mestiere di guarire, la sua fame di guadagno, la sua predilezione per i ricchi a danno dei poveri, la sua tendenza ad imbrogliare usando un linguaggio incomprensibile. Un indovino bolognese della fine del 1700 che ha come soluzione "il medico" dice:

*Gran gusto ho di veder del male al mondo  
e del danno d'altrui mi godo e pasco  
e per trovar del mal cavalco a tondo  
sopra un bastardo. Il ben dal male intasco  
e quanto più v'è mal, più sto giocondo  
e quando non v'è n'è non valgo un fiasco  
che sol dal male altrui nasce il ben mio.*

Della pericolosità dell'avvicinarsi ai medici e dell'assumere le loro prescrizioni tratta, invece, questo canto popolare romagnolo della montagna forlivese, di fine 1800 (che si presenta qui tradotto in italiano). Qui le medicine (intese come farmaci) vengono confrontate, in uno studio aperto, con un efficacissimo placebo: il bacio d'amore.

*O Mariolina, mia bella Mariolina  
mi cambieresti un bacio per una medicina?  
La medicina ti può far morire,  
bacio d'amore ti può far guarire.  
La medicina ti può far malata  
bacio d'amore ti fa risanata.  
La medicina ti può fare morta  
bacio d'amore ti può far risorta.*

Mentre quest'altra tiritera romagnola (essa pure tradotta dal dialetto) trova la sua origine in un antico motivo di diseguaglianza nel campo della salute: il possesso della terra.

*Se si ammalano i Garduffa  
che di terra ne hanno a uffa  
pur la moglie del dottore  
è da loro a tutte l'ore.*

*Se si ammala il poveretto  
nel paglion sta solo a letto.*

Dove il paglione è il materasso contadino fatto di foglie di granturco. Una delle parodie del medico più compatte è però l'Opera nova e piacevole e da

*ridere de uno villano nominato Grillo che volse diventare medico.*

L'opera fu pubblicata in molte grandi città italiane del nord durante tutto il 1700. Si tratta di un poemetto in ottave attribuito a un non ben noto Conte di Camerino e secondo qualcuno derivato dalla rielaborazione di un lavoro francese del 1200. Il poemetto tratta di due fratelli: l'uno fortunatissimo, una specie di Gastone di Walt Disney, che diviene medico e come tale, ripropone ancora il motivo della ricchezza-venalità. Infatti *guadagna, al dì, più di ogni altro in anni cento*.

Il fratello, Grillo, invece, è contadino; suda e lavora tutto il giorno nei campi. Così, al lettore, viene presentato Grillo: *D'un vilan sciocco e mezzo pazzo se starete ad udir si manifesta che era uso i campi arar sera e mattina.*

Si vedrà poi in seguito che Grillo era meno sciocco e meno pazzo di quanto si poteva pensare. A compir la misura, comunque, il fratello fortunato, ancora una volta come il disneyano Gastone, imboccato da una serie di sogni, trova un bel mattino, nel campo del fratello sfigato, un tesoro. Lo individua, lo scava, lo raccatta e, nonostante le sue ricchezze, lo tiene tutto per sé. La moglie di Grillo prorompe in una offensiva verso il fratello ricco e lo investe con questa invettiva stercorearia *non so se in arte della medicina che avete tanto tempo studiato o nel frugar in sterco ed in urina tanta ricchezza avete guadagnato quanto in cercar nel campo una mattina.* Comunque questo diventare ancora più ricco del fratello fa scattare un inatteso orgoglio nel popolano petto di Grillo che per competere in onore e ricchezza col fratello *volse essere dottor di medicina com'era ver che Grillo si chiamava ed un dottore per fratello aveva*

Si dichiara, dunque, anche lui Dottore, ma non potendo esercitare le sue arti nel suo paese diviene una specie di Medico errante che, con la moglie, si mette in cerca di clienti in giro per il vasto mondo. Un bel giorno, proprio come nelle favole, arriva al mitico paese di Cuccagna. Qui il re

aveva chiamato tutti i più grandi medici professionisti perché a sua figlia era rimasta una spina di pesce, più noiosa che dolorosa, conficcata in gola e nessuno aveva potuto liberarla. Il famosissimo dottore, la cui gloria viene strombazzata dalla moglie, viene autorizzato a provare le sue arti. Grillo si concentra, accende un fuocone in mezzo alla reggia, prepara un unguento e con questo con una sfacciata improntitudine degna di Bertoldo

*le cosce e il delicato cul ungea  
sì che pensando a tal piacevolezza  
la principessa in cor così dicea:  
"questa è sì la maggior buffoneria  
e la maggior sciocchezza che giammai  
vedessi ancora ne la vita mia  
da tensesela a mente sempre mai."  
Ed il re, anco lui, così dicia.*

Ma o esiste un Dio per gli imbrogliatori, o Grillo aveva calcolato l'avventura. Sta di fatto che la principessa pensando alla cosa buffa che le stava accadendo e all'apparato che Grillo aveva costruito attorno a lei *mentre si meravigliava proprio assai la donna trasse un sì gran riso all'ora che la spina di gola gli uscì fora.*

Applausi, soddisfazione del re e della principessa, danaro, gloria per il dottore-guaritore. Il trionfo del non-medico contro il medico proprio nel campo della capacità di guarire è completo. La vendetta contro il medico ricco-ladrone-venale è ottenuta proprio nel suo campo. E non importa che sia stata ottenuta per caso, o per fortuna, o per calcolo: è ottenuta e basta. Grillo, che al contrario di Bertoldo non sarà vittima degli intrighi dei medici di corte, ritornerà trionfante al suo paese. E qui dimostra un'altro aspetto della sua furberia, perché non aspetta di essere cimentato una seconda volta con un caso grave, ma se ne torna al suo paese ricco e glorioso. Sarà ricco, ma, quel che più conta, riverito ed onorato sicché potrà dire pubblicamente, ancora una volta con stile stercoreario, invadendo il campo ben munito dell'arte medica: *posso ben dirlo certamente che non ci fu, ne c'è, né ci sarà maggior dotto di me. Che non orino orina non cago merda, no! ma cago inver dottrina.*

G.B.





## La CUMI e la nuova convenzione

Ho letto sul numero 3/96 di Quaderni ACP l'editoriale del prof. Giancarlo Biasini sulla nuova convenzione per la pediatria di libera scelta. Mi preme fare alcune considerazioni come firmataria per la CUMI-AMFUP di detto accordo dal momento che alle responsabilità dei firmatari l'editoriale faceva riferimento. Innanzitutto desidero sottolineare il pieno accordo, non solo mio personale, ma anche del direttivo CUMI con le considerazioni fatte dal prof. Biasini circa:

- 1) I compensi stabiliti per certe "prestazioni"
- 2) il dipartimento materno-infantile
- 3) la mancanza di una visione globale dell'assistenza pediatrica territoriale.

Il motivo fondamentale per il quale ho "sorbito" su questi punti, decidendomi ad apporre anche la mia firma è che la novità più grossa della convenzione sta nel fatto che tutto può essere rinegoziato in sede di trattativa regionale. In quella sede noi pensiamo che i problemi sollevati dal prof. Biasini potranno essere risolti in positivo a seconda dei rapporti di forza che si andranno delineando tra i vari sindacati firmatari.

Le responsabilità cui giustamente ci richiama il prof. Biasini non possono essere equamente distribuite tra i sindacati firmatari.

La presenza della CUMI ha permesso che la parte pubblica ascoltasse una voce nuova, spesso in netto contrasto con le richieste FIMP. A tal proposito ricordiamo la nostra netta opposizione alla proposta FIMP di innalzare a 1.000 il massimale, proponendo in alternativa l'elevazione dell'età esclusiva. Di fronte, infatti, ad una parte pubblica che ha posto dei limiti precisi in termini di aumenti remunerativi non bisognava certo andare a chiedere un aumento del massimale che produce da un lato l'aumento della competizione tra pediatri, peggiorando la qualità del lavoro, dall'altro l'impossibilità d'inserimento dei nuovi specializzati. Occorreva invece proporre la riduzione di alcune prestazioni, ad esempio porre un limite alle visite domiciliari, anche come motivo di crescita culturale del paziente.

La CUMI ha anche proposto di affidare la formazione permanente dei pediatri di

base alle associazioni culturali, in particolare all'ACP che, a nostro parere, è l'unica associazione culturale che ha permesso alla pediatria di base di crescere, offrendo la possibilità di un efficace aggiornamento un po' su tutto il territorio nazionale. Nonostante la parte pubblica fosse incline a riconoscere un ruolo alle associazioni culturali, la FIMP ha opposto un netto "NO" ribadendo ancora la preponderanza (ma oseremo dire la "prepotenza") numerica sulla CUMI e le altre forze sindacali presenti al tavolo delle trattative. La FIMP, come sempre, si è chiusa nel suo stretto corporativismo e presenzialismo, affermando pubblicamente di volere essere il protagonista "unico ed incontrastato" dell'aggiornamento culturale dei pediatri. E ci chiediamo seriamente "su quale fundamenta"? Sappiamo infatti quanto limitate siano le capacità organizzative della FIMP, che non ha mai tenuto corsi nella maggior parte delle regioni, o ha proposto, assai spesso, corsi fine a se stessi, privi di qualsiasi utilità reale per il pediatra, forse utili solo per i cosiddetti "Animatori" (per altro rigorosamente formati, chissà come, dalla FIMP stessa). E su questa modalità FIMP di gestire l'aggiornamento in termini burocratici prima che culturali non mi pare che la mia opinione sia dissimile da quella più volte espressa dalla redazione di quaderni ACP. Per riprendere infine il discorso sul Dipartimento Materno-Infantile, avremmo voluto, in sede di trattative, aprire un discorso più ampio sul ruolo del pediatra di base nell'ambito del dipartimento, organismo che va ad aprire e a realizzare nuovi interessanti orizzonti per tutta l'area pediatrica. Il pediatra di libera scelta non può infatti prescindere da una fattiva collaborazione con tutte le altre branche afferenti alla pediatria stessa, perché solo in questo modo è possibile una vera crescita qualitativa sia per il medico che per l'utente. In una pediatria sempre più proiettata verso il futuro, come del resto tutte le altre branche della sanità pubblica (che ancor più andrà rafforzandosi alla luce degli ultimi cambiamenti politici), è impensabile una realtà lavorativa fine a se stessa, isolata da tutti gli altri settori che andranno a completare il mosaico del Dipartimento Materno-Infantile. La FIMP ci è sembrata sorda anche di fronte a tali problematiche, ritenendole, a nostro giudizio, alquanto superflue.

Fin qui molti pediatri alla FIMP hanno dato una delega in bianco. È il caso di cominciare a guardarsi intorno.

Matilde Castiglione  
Pescara

## La FIMP e la nuova convenzione

Egregio Professor Biasini, ho letto le sue dichiarazioni sulla nuova convenzione: come lei stesso riconosce *si tratta di una buona Convenzione*, nonostante tutto. Nonostante la congiuntura politica così sfavorevole alla sanità, nonostante l'ostilità aperta da alcune categorie mediche che l'hanno combattuta fino in fondo, i Pediatri della FIMP hanno dimostrato di avere testa per progettare e proporre, gambe per camminare da soli. Dico da soli, Professor Biasini, perché, come Lei stesso riconosce indirettamente e direttamente nelle sue dichiarazioni, come indirettamente afferma anche il suo intervistatore sul giornale della CUMI, *questa è la Convenzione della FIMP*: dalla FIMP voluta, pensata combattuta e la FIMP si fa carico di tutte le manchevolezze di questa Convenzione, *ma ne rivendica come propria tutta la validità*.

Forti di questa esperienza, crediamo di dover lavorare per costruire il futuro della Pediatria insieme alle altre aree Pediatriche e ci proponiamo fin da ora come interlocutori forti per lavorare *insieme* a tutti coloro ai quali sta a cuore costruire senza pregiudizi e senza rivalità pretestuose la Pediatria di domani.

Nel ringraziarla per l'attenzione, rimango in attesa della sua collaborazione.

Cordiali saluti

Maria Grazia Castellani  
membro del Comitato Centrale FIMP  
e della Commissione Trattative  
e segretario regionale FIMP Emilia  
Romagna

P.S: e a proposito delle famigerate PPIP, il suo intervistatore ha dimenticato di precisare, o forse non ha saputo, che esse sono state fortemente volute dai Rappresentanti Ministeriali, che non hanno voluto abdicare a nessuna di loro, nonostante la nostra proposta di cancellarne un buon numero, perché non più eseguite o poco qualificanti.



Gruppo di epidemiologia pediatrica SIP  
**CORSO DI EPIDEMIOLOGIA  
CLINICA PER PEDIATRI**

Roma 25-28 Novembre

Sede: Istituto Superiore di Sanità. Roma

Argomenti: clinica ed epidemiologia, valutazione dei dati clinici e di laboratorio, efficacia degli interventi sanitari.

Docenti: D. Baronciani, R. Buzzetti, A. Tozzi, L. Gagliardi, P. Facchin, D. Gobber.

Destinatari: laureati con interessi in pediatria che operano in strutture di cura e ricerca, che si occupano di pianificazione ed attuazione di ricerche epidemiologiche.

Informazioni: A. Spagnolo. (tel. 06 49902556), A. Tozzi (tel. 06 49902642) fax per informazioni e scheda di iscrizione: 06 4440235

Associazione Culturale Pediatri  
**"SIRMIONE OTTO"**

**Seminario residenziale sulla organizzazione del reparto  
pediatrico**

Tabiano Terme 14-16 Novembre 1996

Sede: hotel Sporting Tabiano.

Argomento: il sistema premiante ed i meccanismi di incentivazione collettiva e individuale.

Conduzione: prof. Roberto Cotta (SDA Bocconi. Milano).

Tempi: dalle ore 17.00 del 14.11. alle ore 14.00 del 16.11.1996.

Obiettivi: conoscere i meccanismi e le conseguenze dei sistemi premianti, conoscere i punti critici del processo di valutazione, conoscere il rapporto fra sistema premiante e controllo di gestione (budget), conoscere le logiche alla base dei sistemi incentivanti, acquisire metodologie per progettarli.

Caratteristiche: numero chiuso (40 posti), riservato ad équipe miste (medici, infermieri, fisioterapisti etc), didattica di tipo attivo.

Adesioni: comunicarle a prof. Gianni Mastella, Ospedale Maggiore, P. le Stefanini 1 37126 Verona, entro il 21 settembre 1996. Richiedere modulo di adesione a fax 045 8072042. Tel. 8072370.

Quota di partecipazione: £180.000

Associazione Culturale Pediatri  
**I CONFRONTI DELL'ACP  
CAMPANIA**

Castellamare di Stabia 26 ottobre 1996

Sede: Sala Convegni delle Terme Stabiane

Ore 8,45 L'ASL e la pediatria territoriale: una nuova organizzazione delle risorse.

Ore 9,00 L'Università, il pediatra di base e l'ACP ( Prof. S. Auricchio, Prof. R Di Toro).

Ore 9,20 Le infezioni delle vie urinarie.

Vissute dal pediatra di base ( A. Auricchio e A. Esposito)

Vissute dall'esperto ( A. La Manna e C. Pecoraro)

Ore 11,00 Le laringiti e le bronchioliti. Colloquiare con gli esperti: aerosolterapia a tutti? (L. Cioffi, P. Causa, L. Amato, L. De Seta).

L'iscrizione è gratuita.

Associazione Culturale Pediatri  
**CORSO DI FORMAZIONE  
PERMANENTE IN PEDIATRIA  
AMBULATORIALE**

Palermo 30 Novembre - 1 Dicembre 1996

Sede: Sala Convegni Istituto Studi Sociali Pedro Arrupe

Tempi: dalle ore 9,00 del 30 Novembre alle ore 18,00 del 1 Dicembre

Conduzione: dr. F. Ciotti e dr. R. Casadei.

Argomenti: Disturbi del linguaggio, Deficit intellettivo, Epilessie, Cefalee, Esame neurologico.

Obiettivi: Affinare l'area del saper fare e del saper interpretare negli argomenti trattati.

Metodi: Si utilizzeranno brevi relazioni, presentazioni di casi clinici, proiezioni di video.

Caratteristiche: Numero chiuso (40 posti)

Adesioni: comunicarle entro il 10 Novembre 1996 al dr. Rosario Ferracane via Ugdulena, 25 Castevetrano (TP) tel/fax: 0924 901881.

Quota di partecipazione: £ 300.000 comprensiva di due colazioni di lavoro.

Network Cochrane Italiano  
**EVIDENZE SCIENTIFICHE E  
ATTIVITÀ DEI SERVIZI  
SANITARI**

Bologna 11-12 Ottobre 1996

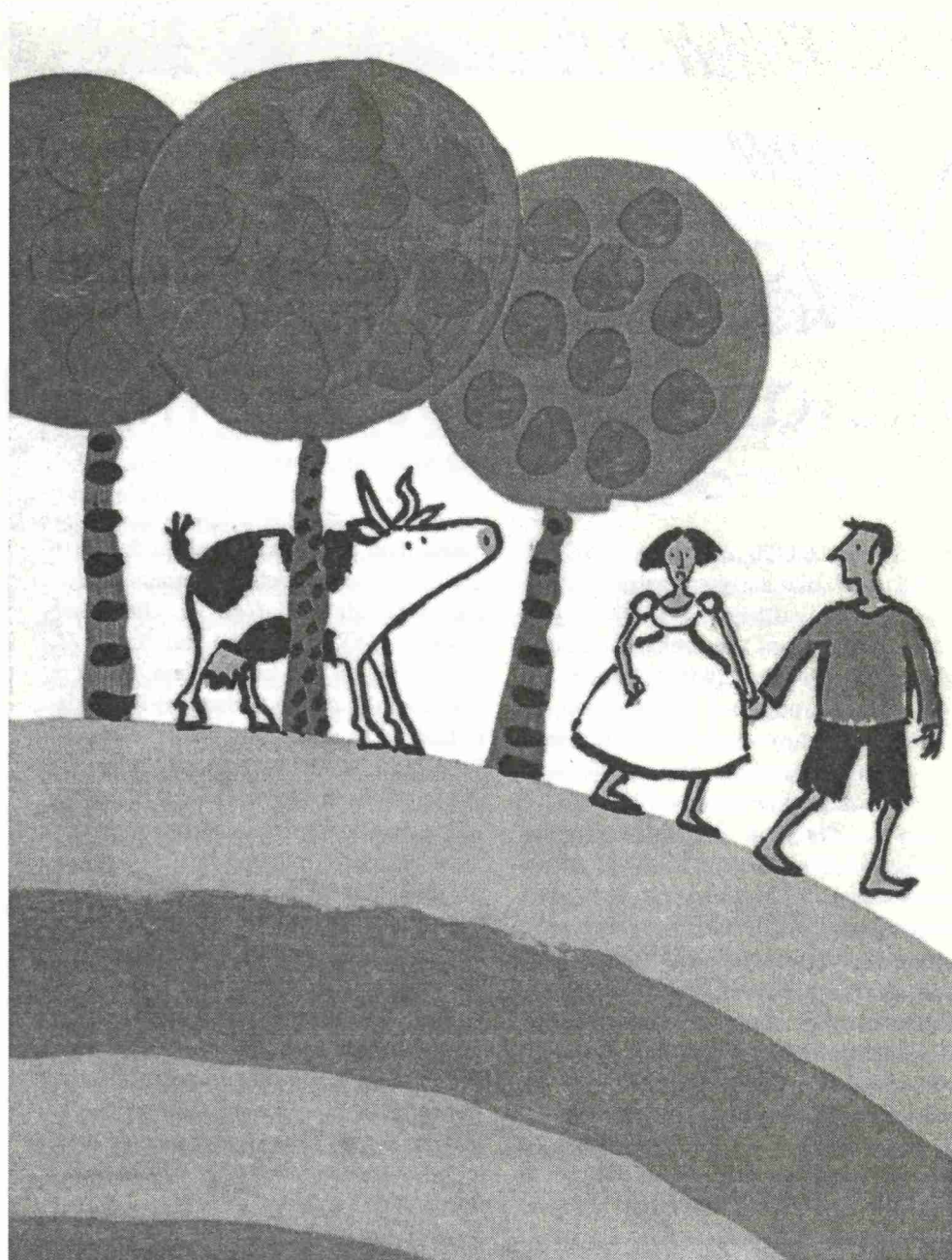
Sede: Istituto di Farmacologia. Via Irnerio 48

Argomento: La riunione è dedicata al rapporto fra informazioni scientifiche ed attività dei servizi sanitari; questa è la seconda riunione annuale del gruppo italiano del progetto Cochrane.

Informazioni: Istituto Mario Negri. Milano Tel. 02 390 14 519 Fax 02 33200231



# Ausili didattici



## *all'interno:*

- *Leggere & fare:*

Segnalazioni pratiche per persone pratiche

- *Bilanci di salute:*

Colloquio prenatale nei corsi di preparazione al parto

- *Un pò per gioco:*

L'assurdo e il bizzarro sempre (o quasi) senza ostilità

- *ABC di emergenze in pediatria:*

Rianimazione Cardio-Polmonare nei bambini da uno a otto anni

- *Saper Fare:*

La sindrome di Turner



# Vaccini acellulari ... diciamo le cose come stanno

Nel numero 2/1996 di Quaderni ACP ci siamo dimostrati un poco sorpresi della scarsa efficacia ottenuta dal vaccino cellulare antipertosse Connaught nei trial italiano (36%) e svedese (48%). Sorpresi ma non poi tanto, perché il vaccino Connaught è stato somministrato in 3 dosi invece che nelle 4 consigliate. E continuiamo a non capire perché la ditta produttrice abbia accettato un simile trattamento jugulatorio. Forse perché anche lei aveva in pista un acellulare ed aveva interesse a magnificarne l'efficacia? *A pensar male si fa peccato, ma qualche volta ci si indovina*: così dice Andreotti che se ne intende.

L'acellulare Connaught, infatti, è stato il primo vaccino acellulare americano ad essere approvato dalla FDA esattamente il 31 luglio 1996!

Non ci risulta che altre case produttrici di acellulari siano entrate, per ora, nel mercato americano. Il vaccino acellulare della S & K è stato giudicato, sempre dalla FDA, ad un esame preliminare, capace di dare reazioni secondarie eccessive alle dosi successive alla 3<sup>a</sup>; anzi è stato consigliato alla S & K di suggerire agli utilizzatori del suo vaccino di usarlo per le prime dosi e di continuare con il vaccino Connaught!! Un bel servizio per la S & K che ha replicato, ci sembra con fondamento, che il suo vaccino non è l'unico a dare maggiori effetti collaterali al crescere delle dosi e che non si pensa neppure a mettere in commercio un vaccino definendolo buono solo per 3 dosi. Ma torniamo al nocciolo del problema degli acellulari. Qualche lettore-vaccinatore dalla Romagna (terra un tantino retrò-amarcord, e perciò affezionata al vaccino cellulare colà usato da 15 anni e che continua ad essere usato), ci ha segnalato che, in verità, non tutti i vaccini cellulari

hanno dato un risultato così modesto nei trial che si sono svolti nel mondo. I dati riportati da *Medico e Bambino* (1996;3:18), ma anche dal *N.E.J.M.* (1996;334:1547) lo confermano. Infatti in uno studio di coorte (Erlangen) il cellulare Lederle ha dimostrato una efficacia del 91%, il cellulare Behringwerke (studi sia di Mainz che di Monaco) del 97%, il cellulare Pasteur-Meriex in Senegal del 96%. Conclusione: in tutte queste aree il vaccino cellulare è risultato più efficace dell'acellulare. Del resto *Lancet* (1996;347:1681) riporta che al meeting di Washington del 3-5 giugno i congressisti hanno udito che *the acellular vaccines are generally less effective than whole-cell vaccine. The most effective protection is conferred by the European whole cell vaccine... one of the weaker was the American whole cell vaccine* (il corsivo è nostro) (1).

Sempre *Lancet* prevede che la Gran Bretagna continuerà a vaccinare con il vaccino cellulare. Non è quindi esatto quanto è stato scritto circa i vaccini cellulari (*"hanno dimostrato una grande variabilità da prodotto a prodotto"*) in quanto solo il vaccino cellulare americano utilizzato in Italia e Svezia ha dimostrato una attività minore, mentre tutti gli altri vaccini cellulari europei hanno dimostrato una attività superiore a quella del vaccino acellulare. Poi ognuno prescrive quello che vuole, parla con i genitori, si adatta alle loro esigenze, ma la chiarezza che vuole essere un tratto distintivo di questa rivista, vuole che si dicano e si scrivano le cose come stanno.

(1) *Crediamo che sia solo nel campo dei vaccini che la Perfida Albione si senta così europea.*

## NELLE INFEZIONI URINARIE: QUANDO LA SCINTIGRAFIA?

**OBIETTIVI** Ottenere dati sulla incidenza/prevalenza, e sul significato, delle lesioni messe in evidenza dalla scintigrafia renale con DMSA nelle infezioni delle vie urinarie alte (IVUA) dato che in letteratura sono riportati frequenze diversissime che vanno dal 32 al 92%

**METODI** Sede della ricerca: Goteborg, in Svezia. In un periodo di 2 anni sono stati selezionati 175 bambini (78 maschi e 97 femmine: eccesso di maschi rispetto alle altre casistiche) di età inferiore ai 6 anni e di età media di 0.4 anni. Tutti avevano una IVUA (febbre, piuria, batteriuria, PCR alta); sono state scartate tutte le IVUA con ostruzioni dimostrate alla pielografia discendente. La scintigrafia è stata effettuata in media 13 gg (range 1-66 gg!) dopo la diagnosi. La scintigrafia è stata definita patologica quando vi erano:

1. difetti di captazione locali,
2. difetti di captazione generalizzati (questi ultimi, quindi, senza dentature del margine),
3. quando la distribuzione della captazione, in uno dei due reni, era inferiore al 45% del totale, cioè quando vi era una discreta asimmetria di captazione che faceva presumere un difetto funzionale di uno dei due reni.

**RISULTATI** La scintigrafia è risultata patologica nel 42% dei casi, normale nel 42% ed equivoca, cioè presumibilmente patologica, nel 15%. La frequenza della lesione è andata aumentando con l'età. Esattamente: nella età da 0 a 6 mesi la



lesione è stata presente dal 32 al 39%, da 6 a 12 mesi nel 45%, da 1 anno a 6 anni nel 65%. La lesione renale è naturalmente più frequente in presenza di un reflusso, in presenza di una PCR molto alta, in presenza di febbre: nel corso del 1° anno è presente nel 39% dei bb con febbre > 38.5 e nel 25% dei bb con febbre < 38.5. La frequenza delle anomalie scintigrafiche diminuisce allontanando l'esecuzione della scintigrafia dall'episodio acuto ( $p < 0.05$ ) e dall'inizio della terapia: si dimezza dopo 15 gg e poi rimane invariata per lo meno nel periodo di tempo in cui gli aa hanno eseguito la ricerca.

**CONCLUSIONI** Non tutte le IVUA comportano una scintigrafia patologica sia per la non estrema capacità di risoluzione del mezzo, sia perché -se la flogosi è limitata alle papille- può non essere evidenziata da un agente specifico per i tubuli come il DMSA. Questo giustifica le incidenze che si trovano in letteratura e non smentisce che ci si possa trovare, anche con scintigrafia negativa, in presenza di una infezione alta che viene definita da una PCR elevata e dalla febbre. Quanto all'aumento delle lesioni scintigrafiche con l'età gli aa scrivono che l'ideale (da loro non raggiunto) sarebbe quello di avere una coorte costituita da bb tutti con prima infezione perché i bb più "vecchi" potrebbero portare il segno di infezioni pregresse: addirittura congenite. Questo, secondo il recensore, è sicuramente vero perché c'è ampio materiale bibliografico di osservazioni longitudinali, che confermano che le lesioni renali sono sempre meno frequenti con il progredire dell'età: circa 20% nei primi due anni, circa 5% dopo i 5 anni (*Obling et al. J. Urol. 1992;148:1653*) anche se gli aa hanno trovato dati del tutto contrastanti con quelli usualmente riferiti in letteratura. Questo loro reperto è -come si diceva sopra- probabilmente dovuto al fatto che una discreta parte delle cicatrici preesisteva alla infezione che non era la prima.

**COMMENTO** Sembra oramai abbastanza certo che la scintigrafia non debba essere fatta per identificare una lesione renale acuta, cioè per fare diagnosi di infezione alta. Questa diagnosi di localizzazione viene agevolmente fatta con la presenza di febbre, di VES e PCR oltre che di piuria-batteriuria. La scintigrafia

viene richiesta con un altro scopo: quello di identificare la presenza di cicatrici renali (espressioni di perdita di tessuto funzionante che si presentano come un'area "fredda" cioè non colorata dal tracciante) e che sono l'esito di un processo pielonefritico grave. Per mettere in evidenza le cicatrici renali la scintigrafia è sicuramente più efficace della ecografia: in uno studio di Benador (*J. Pediat. 1994;124:17*) la scintigrafia fu in grado di identificare 86 reni alterati, la ecografia 50 reni alterati.

Cosa serve il rilievo della cicatrice renale? La presenza o meno di cicatrici renali ci serve per programmare il follow up.

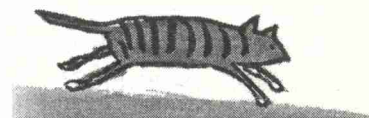
Se la cicatrice renale c'è, ed è cospicua, occorre progettare un follow up della funzione renale (periodicamente es. urine, creatinina, P. Art., ecografia per crescita dei reni). Se la cicatrice non c'è, e il bambino non ha reflusso, va ovviamente lasciato in pace. Se c'è reflusso e cicatrice il bambino viene indirizzato nel follow up del reflusso; se, a fine profilassi per il reflusso, persiste la cicatrice il b va indirizzato nel follow up della cicatrice, anche se si deve dire che non c'è accordo sul rischio di insufficienza renale e di ipertensione nei bambini con cicatrice renale (*Hellerstein Pediat. Clin. N. Am 1995;6:1433*).

Perché le lesioni scintigrafiche scompaiono in almeno il 50% dei casi mano a mano che ci allontana dalla infezione, all'incirca dopo 4-6 mesi? Perché il DMSA non si localizza nelle cellule tubulari prossimali delle aree di flogosi acuta sicché queste appaiono vuote e come amputate; successivamente -risolta la flogosi con la terapia- il DMSA torna a legarsi normalmente al tessuto guarito che torna a riempire le amputazioni a meno che non vi sia stata perdita di tessuto sostituito da una cicatrice.

*Per questa sua caratteristica la scintigrafia è un esame da fare tardi, dopo almeno due mesi dalla infezione, per potere distinguere le lesioni del tutto guarite, che non hanno lasciato alcun segno, da quelle che hanno lasciato una cicatrice e che pertanto meritano un follow up.*

*E. Stokland - Early Tc dimercaptosuccinic acid (DMSA) scintigraphy in symptomatic first time urinary tract infection. Acta Paediatr: 1996;85:430*

**PAROLE CHIAVE** Infezioni urinarie



short

## ANEMIA FERROCARENZIALE BASTA L'EMOCROMO?

Quando la determinazione dell'esame emocromocitometrico viene fatta con i contatori elettronici la diagnosi di anemia ferrocarenziale sembra non necessitare di altre determinazioni. Dell'emocromo si può utilizzare il volume corpuscolare medio (MCV) e l'ampiezza della distribuzione dei globuli rossi (RDW) che esprime il valore numerico dell'antica poichilocitosi. I valori che leggiamo sull'emocromo e grazie ai quali si può fare diagnosi di anemia ferrocarenziale, naturalmente in presenza di una Hb bassa, sono i seguenti:  $MCV < 70$  fl,  $RDW > 15\%$ . La sensibilità e specificità di questi indici sono sintetizzate in tabella (per confronto riportiamo anche sensibilità e specificità di ferritina e transferrina correntemente usati dai pediatri per la diagnosi di anemia carenziale):

TEST	SENS. (%)	SPEC. (%)	V. P. pos (%)	V. P. neg (%)
MCV	90	54	90	54
RDW	83	58	90	43
FERRITINA (ng/ml)	63	100		
SAT. TRANSF. (%)	72	81		
MCV < 70 e RDW > 15%			98	

Inoltre un valore di  $MCV < 70$  fl, in paesi come l'Italia dove in larghe zone la talassemia è malattia rara, è un segno di anemia più precoce di un basso livello di Hb. L'emocromo sembrerebbe, dunque, sufficiente a fare diagnosi di anemia ferrocarenziale, anche se occorre ancora valutare con prudenza la utilizzazione di solo questi nuovi valori per porre la diagnosi fino alla comparsa di nuove ricerche.

Per ora riteniamo di potere consigliare di sospettare un'alta probabilità di anemia ferrocarenziale in presenza di RDW alto, mentre l'RDW basso non può escludere



*l'anemia. La compresenza di MCV basso aumenta la probabilità della diagnosi.*

S. K. Kim - *Acta Paediatr.* 1996;139:44

**PAROLE CHIAVE** Anemia



## È CAMBIATA IN VENT'ANNI L'EPIDEMIOLOGIA DEL PRETERMINE?

**OBIETTIVI** L'incidenza dei pretermine varia dal 4 al 17%, ma è cambiata negli ultimi 20 anni? Gli aa hanno voluto rispondere a questa domanda ed hanno voluto capire anche gli effetti di alcune condizioni socioeconomiche e cliniche su questa incidenza in una nazione dove esiste un *national prenatal care system* dal 1944 (sic).

**METODI** Gli aa hanno scelto due coorti nel Nord della Finlandia. Nella prima, datata 1966, sono state incluse 11.475 madri di consecutivi neonati singoli. Nella seconda, datata 1985/6, sono stati incluse le madri di 8.888 neonati singoli. Definizione del pretermine: nato prima della 37<sup>a</sup> settimana. Le condizioni studiate (per vedere se influivano in più o in meno dopo venti anni sulla incidenza della prematurità) sono state *l'istruzione, lo stato civile, la condizione sociale e professionale, la residenza, gravidanza desiderata o no, peso, altezza, body mass index, fumo, aborti o neonati di basso peso precedenti*. Erano tenuti distinti i parti operatori da quelli spontanei.

**RISULTATI** I parti operatori nei pretermine nel 1966 sono stati il 3.8%, più frequenti fra le madri istruite; venti anni dopo erano il 29.4%, meno frequenti, stavolta, fra le madri istruite. L'incidenza di neonati di basso peso era significativamente differente: 9.1% nel 1966; 4.8%

venti anni dopo. Portando l'età gestazionale a 32 settimane le percentuali erano del 1.2 e dello 0.9%. Il rischio relativo nelle due coorti non era cambiato per le seguenti condizioni: *stato civile, bassa scolarità, fumo, aborti precedenti, gravidanza non desiderata, scarso controllo della gravidanza, bassa statura*. Nel 1966 era presente un rischio relativo delle donne di età inferiore a 20 anni che venti anni dopo non c'era più. Eguale il rapporto fra neonati di basso peso di madri non sposate e con basso livello di istruzione e donne sposate con alto livello di istruzione nelle due coorti: 3:1, ma nella coorte più recente ambedue le condizioni hanno registrato un calo dei nati pretermine di oltre la metà.

**CONCLUSIONI** Gli unici dati di confronto, secondo gli aa, sono con la Francia dove dal 1971 allo '81 si è passati da una incidenza del 8.2 al 5.6% e con la Norvegia dove dal 1967 al 1981 si è passati dal 6.6 al 5.5%. Le motivazioni che gli aa danno di questa diminuita incidenza riguardano il generale miglioramento delle condizioni di istruzione, sociali ed economiche delle madri finlandesi. L'aumento dei parti operatori è riferito alla più generale e diffusa disponibilità di tecnologie, anche nei district hospitals, rispetto a 20 anni fa.

**COMMENTO** Il primo tentativo è quello di chiedersi come vanno le cose in Italia. Non abbiamo dati storici, ma istantanei. Abbiamo più dati valutati sui pesi che sulle età gestazionali. Al di sotto dei 2500 g. i nati italiani per il 1987 danno una prevalenza del 5.6%. Per il 1988 i dati campani indicano il 5.95%, e quelli laziali il 4.3% quelli umbri (1991) il 4.8%. Per l'Emilia-Romagna abbiamo un dato del 1992 che ci dà il 4.43%. Se si fa perno sulla età gestazionale (<37 settimane) i dati dell'Emilia Romagna per il 1992 ci danno il 4.90%, per il Lazio il 6.1% (1989). Non lontanissimi quelli laziali da quelli finlandesi, sovrapponibili i dati emiliani. La considerazione che si può fare, invece, sui dati storici, che a noi mancano, è che il lavoro conferma un dato sociologico-clinico: le condizioni che portano alla prematurità sono sempre quelle, non cambiano col tempo ma è il loro declinare che, nei paesi sviluppati,

comporta la diminuzione della condizione di neonato pretermine. L'età inferiore a 20 anni, che era condizione favorente la prematurità venti anni fa, non lo è più oggi, perché forse si è abbassata. Lo stesso provò molti anni fa Papiernik in Francia: modificando le condizioni sociali e lavorative si modificava l'incidenza dei prematuri. *La conclusione può essere: diffidare della onnipotenza degli interventi medici e confrontarli sempre con le modificazioni sociali.*

P. Olsen e al. *Epidemiology of preterm delivery in two birth cohorts with an interval of 20 years Am. J. Epidemiol.* 1995,142:1184

**PAROLE CHIAVE**

LBW, Epidemiologia, Fattori di rischio

## short

### PIÙ SEI POVERO PIÙ GRAVE HAI L'ASMA

Gli aa lavorano a Monaco ed hanno svolto uno screening nei bb di 4<sup>a</sup> elementare (4434 bb) per capire:

1. se l'asma è diversamente distribuita fra le diverse classi sociali;
2. se l'asma è più grave o meno grave nelle diverse classi sociali.

Non è stata trovata differenza fra le classi sociali se viene preso in considerazione qualsiasi tipo di asma. Invece la prevalenza dell'asma grave, e dell'asma ad accessi più frequenti (>12 nell'ultimo anno), è significativamente più elevata nelle classi sociali più svantaggiate (Odd ratio: 2.37; intervallo di confidenza al 95%: 1.24 - 4.41). A spiegazione del dato gli aa suggeriscono l'ipotesi che la terapia/profilassi dell'asma sia meno appropriata nel bambino di classe sociale meno elevata, sia per l'impegno minore che la famiglia vi pone che per l'impegno minore del medico. *La conclusione sembra essere che l'impegno del medico per una corretta terapia/profilassi dell'asma debba essere più alto nei bambini poveri.*

Mielck A. - *Int. J. Epidemiol* 1996;25:388

**PAROLE CHIAVE** Asma



## SEMPRE PIÙ DIMOSTRATO IL RAPPORTO FRA MORTE IMPROVVISA E POSIZIONE NEL SONNO.

**OBIETTIVI** Cercare conferme o sconfirme alla ipotesi che il dormire proni è associato ad un aumentato rischio di morte improvvisa.

**METODI** Studio di popolazione effettuato negli USA (Washington) col metodo del caso controllo.

I casi (66) erano bambini morti per SIDS. I controlli (142) erano accoppiati ai casi in base alla data di nascita di ogni caso. Venivano raccolti dati sulla posizione nel sonno dei casi e dei controlli. I bb che usualmente dormivano sull'addome erano classificati come *proni*, quello che usualmente dormivano sul fianco o sul dorso come *non-proni*. Il confronto è stato fatto mediante calcolo dell'Odds ratio per la posizione ed alcune condizioni associate.

**RISULTATI** Il 57.4% dei morti per SIDS usualmente dormiva prono, mentre nella stessa posizione dormiva il 24.6% dei controlli. L'Odds ratio aggiustato per la posizione dava un maggior rischio di 3.12 volte (intervallo di confidenza al 95%: 1.08-9.03). Inoltre vi erano differenze significative fra i due gruppi per peso alla nascita, (SIDS: 3095, Controlli: 3397), età materna più giovane, madre fumatrice, madre "single".

**CONCLUSIONI** I ricercatori concludono che, insieme ad altre ricerche, questa fornisce nuovo "impetus" per iniziative tese ad incoraggiare i genitori a far assumere la posizione non-prona nel dormire per i bambini degli USA.

Nel 1993 si è calcolato che ancora il 58% dei bambini americani dormono proni e quindi corrono un rischio di 3.12 volte in più degli altri di morire per SIDS.

**COMMENTO** Lo studio riferisce una Odds ratio di rischio molto alto rispetto ad un'altra ricerca americana (*Hoffman. Clinics perinat. 1996;17:37*) che fissava una Odds ratio di 1.3 e che aveva frenato un po' i pediatri americani. Il valore riportato da Taylor è invece molto vicino a

quello di ricerche condotte in altri paesi. Ciò conferma l'opportunità dell'invito o rivolto nel 1992 dalla American Academy of Pediatrics ai pediatri di suggerire ai genitori la posizione prona. D'altra parte, al congresso di Bethesda sulla SIDS (23-26 giugno 1996) è stata riportata una diminuzione della incidenza della SIDS, negli USA, del 30% che si è riflessa in una drammatica caduta della mortalità postnatale.

La sola variazione fra i dati di partenza e quelli di ora si riferisce al cambio della posizione nel sonno da prona a supina o di lato. Ciò ha dato ulteriore forza al motto: "Back is Best".

Dobbiamo ringraziare il cielo per la fortuna che ci è capitata: le ricerche sul rapporto "posizione/SIDS" sono giunte poco prima che si avesse l'irruzione sul mercato di orde di monitor certificati dalle più varie "Società per la SIDS", di agenzie di noleggio, di uffici regionali per la SIDS che avrebbero distribuito macchinette da attaccare a qualunque bambino per il quale si potesse supporre un qualsiasi rischio, senza che si fosse valutata prima l'utilità, nel caso, di una tecnologia costosa per la società ed estremamente invasiva per l'equilibrio della famiglia.

Questo, della mancanza di valutazione per le tecnologie, è un tema ricorrente in questa rubrica (*Quaderni ACP 1996;2:37*), e che dovrebbe essere oggetto di grande attenzione da parte di chi si occupa di rapporti costi/beneficio.

Il che non è. *La cosa che sicuramente va attualmente sostenuta con grande impegno dai pediatri è il consiglio sulla posizione del sonno come guida anticipatoria di prevenzione per la morte improvvisa. Ed, a latere, crediamo vada data l'informazione che il rischio diminuisce ancora se il bambino dorme in camera con i genitori (Quaderni ACP 1996;1:34) se in casa non si fuma e se il piccolo è alimentato al seno.* Da notare, a riprova della forza del suggerimento di dormire non proni, che proprio per aderire a questo nuovo modo di prevenire la SIDS, l'ESPGAN (*Acta Paediatr. 1996;85:531*) ha modificato il suo suggerimento di tenere il bambino che rigurgita in posizione anti-Trendelenburg (cioè bambino con pancia adagiata sulla dorsale dell'infant-seat inclinata di 30 gradi sul piano orizzontale) perché questa è, sostanzialmente, una

posizione prona e quindi il suo suggerimento potrebbe essere confondente.

L'ESPGAN suggerisce ora di consigliare questa posizione oltre l'età della SIDS, oppure in bambini che le hanno provate tutte (comprese le oramai consegnate alla storia formule Anti-Rigurgito) ma continuano a rigurgitare.

*J. A Taylor et al. Prone sleep position and the sudden infant death syndrome J. Pediatr, 1996,128:626*

**PAROLE CHIAVE** Morte improvvisa

## short

### I TUMORI INFANTILI IN ITALIA: GUARISCONO DI MENO CHE IN PASSATO?

Gli aa di questa segnalazione lavorano al Mario Negri ed all'Istituto di statistica medica e biometria della università di Milano.

Si tratta, pertanto, di persone attendibili e il loro allarme va preso in seria considerazione.

*Nel 1960* la mortalità per tutti i tumori era in Italia, ogni 100.000 bambini, di 11.7 per i maschi e di 8.8 per le femmine.

La mortalità per leucemia, sempre per 100.000 bambini, era di 4.9 per maschi e di 3.9 per le femmine.

*Nel 1989*, dopo gli avanzamenti terapeutici, la mortalità era scesa a 4.9 per i maschi e 4.1 per le femmine per tutti i tumori, e a 1.7 per i maschi e 1.4 per le femmine per le leucemie. Dopo quella data sembra che il declino della mortalità si sia interrotto.

*Nel 1992*, infatti, la mortalità per tutti i tumori è salita a 5.9 per i maschi e 4.6 per le femmine e quella per leucemie a 2.2 per i maschi ed 1.6 per le femmine.

In assenza di ogni evidenza d'incidenza aumentata, pare che dopo tre decenni di progressi il trattamento dei bambini oncologici sembra segnare un punto di arretramento su cui è necessario che gli esperti ragionino.

*C. Lavecchia et al - Lancet (letters) 1996;347:1633*

**PAROLE CHIAVE** L.L.A., Tumori



# Colloquio prenatale nei corsi di preparazione al parto

a cura di Giancarlo Cerasoli

*Cominciamo con questo numero la pubblicazione di linee guida da seguire nella esecuzione dei bilanci di salute. Le linee guida seguono tutte il medesimo schema: cosa dire, cosa chiedere, cosa cercare, cosa consigliare; con quale ordine, con quale metodo, con quali strumenti. Iniziamo la pubblicazione della prima linea guida che riguarda il colloquio prenatale nei corsi di preparazione al parto. Qualcuno dirà: "che roba inutile!". Sappiamo bene anche noi che questa eventualità è piuttosto infrequente nel nostro paese. Di solito il pediatra nei corsi non c'è o è una presenza fugace. Pubblichiamo lo stesso, comunque, questo step perché sul piano culturale la ravvisiamo come di grande importanza.*

## PREMESSA

Nelle abitudini del nostro paese, questo colloquio è parte dei corsi di preparazione al parto (cpp) che sono in genere gestiti dagli ostetrici dei consultori familiari, ma nei quali occorre lavorare perché trovi posto il pediatra, preferibilmente di comunità. Se la scelta del pediatra fosse eseguita dalla famiglia - come sarebbe auspicabile - in epoca prenatale potrebbe invece essere eseguito anche dal pediatra di base ed in questo modo costituire il primo momento per una reciproca conoscenza e per fornire alla coppia informazioni per prepararla al nuovo ruolo genitoriale. Al momento attuale la figura professionale pediatrica che partecipa ai cpp è quella del pediatra di comunità che ha peraltro una sua importante funzione di medicina collettiva da presentare ai futuri genitori.

Il colloquio viene rivolto alle singole coppie di genitori oppure, più frequentemente, a gruppi di donne gravide con i loro partner. Ha lo scopo di fare conoscenza con le famiglie dando loro modo di esprimere i dubbi, le ansie e le aspettative sulla gravidanza ed il neonato. Possono essere utilizzati brevi filmati sul neonato o questionari per valutare le conoscenze su temi specifici come ad esempio l'alimentazione o la sicurezza dell'ambiente. Può essere un utile occasione per fornire informazioni sull'assistenza al bambino ed alla famiglia, in quanto le notizie riguardanti il parto sono già state fornite dall'ostetrico. Dovrebbe essere fatto specialmente nei casi di prima gravidanza, gemellarità, precedente morte perinatale, gravidanza a rischio, ragazza madre.

## OBIETTIVI

- *Stabilire* una buona relazione tra la coppia ed i servizi sanitari individuali e collettivi, aumentando l'alleanza terapeutica e introducendo temi come quelli dei bilanci di salute e delle visite domiciliari dell'assistente sanitaria come necessario mezzo di sorveglianza della salute del bambino.

- *Raccogliere* informazioni di base sulla coppia genitoriale, il tipo di relazione di coppia, i bisogni dei genitori, le loro aspettative ed i timori sul neonato, l'organizzazione di supporto alla famiglia, le idee sull'alimentazione del neonato e sulle misure che si intendono mettere in atto per garantire una buona crescita del bambino.

- *Fornire* informazioni e consigli: informazioni sul soggiorno del bambino in

ospedale, sulle routine della nursery o del rooming in, sul tipo di assistenza ospedaliera ed extraospedaliera che avrà il bambino, sull'organizzazione delle cure del neonato a casa, sulla superiorità dell'allattamento al seno, sui danni da fumo passivo e da uso di alcool e di droga, sull'importanza di un trasporto sicuro in auto, ecc.

- *Aumentare* e far crescere le abilità dei genitori. Aiutare i genitori a programmare per tempo le strategie necessarie per una buona crescita del neonato e a metterle in pratica.

## MODALITÀ DI ESPLETAMENTO DEL COLLOQUIO

Nonostante che in altri paesi si sia sperimentato il colloquio prenatale individuale, da noi la metodologia corrente è quella di gruppo nei corsi di preparazione al parto. Questa si rivolge a gruppi di futuri genitori. È opportuno, almeno nel colloquio con il pediatra, non superare le 5 coppie per gruppo. Si deve mirare ad incentivare il mutuo aiuto tra i componenti delle coppie che valga anche dopo il parto, e che è particolarmente utile in un paese ove il secondo figlio è una rarità, e fornire consigli ed informazioni. Il colloquio collettivo ha il vantaggio di far risparmiare tempo e lo svantaggio di essere più sommaria dell'incontro con le singole coppie.

## ANAMNESI

*Domande che possono essere fatte al gruppo delle famiglie:*

- Come stanno andando le cose in questa gravidanza?



- qual è la cosa che più delle altre vi ha colpito favorevolmente?
  - avete altri figli?
  - è il momento giusto per voi di avere un altro figlio?
  - pensate che un bambino possa cambiare in meglio la vostra vita?
  - come pensate di allevare vostro figlio? Avete esperienza nella crescita dei bambini?
  - pensate di allevarlo nello stesso modo in cui voi siete stati allevati?
  - chi vi aiuterà quando sarete in ospedale per partorire e quando sarete dimesse?
  - avete già pensato a come nutrire il neonato? (latte materno, latte formulato...)
  - avete già pensato a quando riprendere il lavoro?
  - avete qualche particolare preoccupazione sulla salute di vostro figlio?
- (Il problema delle malformazioni, delle malattie genetiche o degli handicap dovrebbe essere già stato trattato dall'ostetrico in quanto nel terzo trimestre è ormai troppo tardi per affrontarlo.)*

#### Domande da fare alla coppia

- Avete particolari difficoltà nella vita familiare o sul lavoro?
- avete avuto problemi nelle gravidanze precedenti?
- avete o avete avuto malattie importanti?
- fumate, fate uso di alcool o di altre droghe?
- avete mai avuto malattie trasmesse sessualmente? (HIV, HCV, HBV, Herpes virus, ...)
- come stanno gli altri figli e il padre del bambino?
- nella vostra famiglia e in quella del padre del bambino vi sono stati casi di malattie ereditarie o allergiche?
- il vostro partner vi ha mai mostrato segni di nervosismo o vi ha mai maltrattato? (se c'è solo la futura madre).

#### CONSIGLI SULLA OSPEDALIZZAZIONE

*(Il ginecologo avrà già elencato quali saranno le modalità di svolgimento del parto e deve avere già fatto in modo che la gravida visiti il reparto in cui verrà ospitata. Se non lo ha fatto è bene suggerirlo)*

Rassicura la coppia che il neonato:

- le sarà mostrato appena possibile e, dove

c'è il rooming-in, verrà affidato al più presto alla madre;

- verrà visitato da un pediatra neonatologo che la informerà del suo stato di salute;
- verrà sottoposto alle comuni misure di profilassi e di screening che sarà bene elencare;
- sarà sempre tenuto sotto controllo dall'équipe ospedaliera;
- qualora dovesse necessitare di cure particolari, sarà ricoverato nell'unità di patologia neonatale più vicina ed attrezzata. I genitori saranno tempestivamente informati, potranno vederlo e, se non vi sono controindicazioni mediche, la mamma potrà allattarlo e accudirlo.

#### CONSIGLI SULL'ASSISTENZA ALL'INFANZIA E ALLA FAMIGLIA

- Informa i genitori delle competenze delle diverse équipe che hanno il compito di garantire l'assistenza sanitaria al bambino e, qualora fosse necessario, alla famiglia (pediatra di base, ospedaliero, di comunità, assistenti sociali, psicologo), utilizzando se del caso le schede ACP pubblicate su "bambini sani" ed inviate a tutti i pediatri. Fornisci indicazioni precise sulla loro attivazione consigliando l'assistenza del pediatra di base e l'esecuzione di periodici bilanci di salute al bambino. Sottolinea che il bambino ha diritto all'assistenza sanitaria del pediatra e che è un dovere dei genitori fare in modo che ciò avvenga scegliendo tempestivamente (cioè immediatamente dopo la nascita) il pediatra presso il servizio di medicina di base della U.S.L. Spiega le motivazioni di questa scelta tempestiva. Nel caso vi siano situazioni a rischio; ad esempio

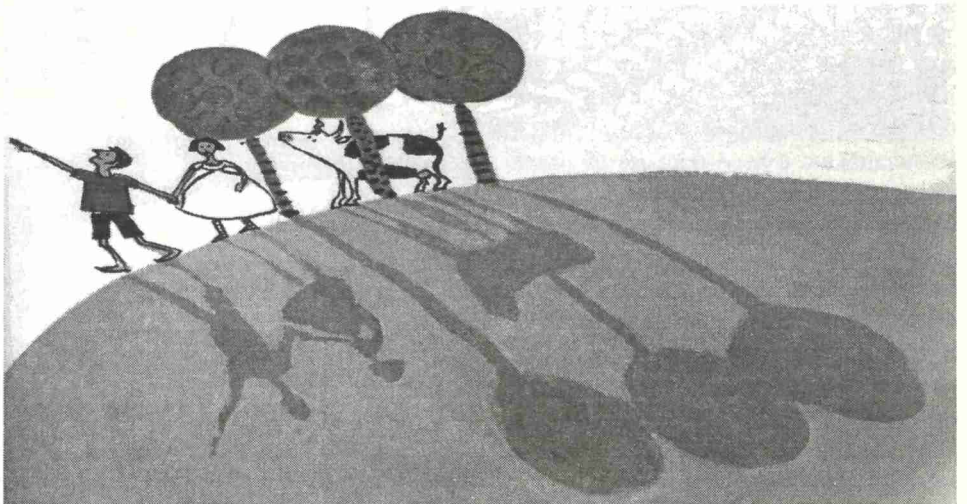
genitori adolescenti o con basso livello di istruzione, o in condizioni finanziarie precarie, che vivono lontano dalla famiglia di origine, in quartieri degradati, senza mezzi di trasporto, o che fanno uso di droghe assicurati che il neonato possa essere convenientemente seguito anche a domicilio dai servizi sanitari e sociali operanti sul territorio e che ai genitori vengano forniti tutti i supporti economici del caso.

In queste circostanze è opportuno segnalare subito il caso ai servizi sociali e precisamente all'assistente sociale competente per quel distretto;

- controlla se i genitori sono informati delle provvidenze stabilite nei riguardi della madre lavoratrice dipendente (legge n.1204 del 30 dic. 1971 e D.P.R. n. 1026 del 25 nov. 1976) e lavoratrice autonoma (legge n.379 11 dicembre 1990), invitandoli ad usufruirne per poter stare il più a lungo possibile con il bambino;
- ricorda l'obbligo di denunciare la nascita del bambino all'anagrafe;
- fornisci una lista aggiornata di testi ed audiovisivi per genitori che trattano temi di puericultura.

#### CONSIGLI SULLE VACCINAZIONI

- Avverti i genitori della modalità con cui accedere alle vaccinazioni;
  - spiega loro il calendario relativo alle vaccinazioni di legge ed a quelle facoltative;
  - consiglia l'esecuzione delle vaccinazioni facoltative ed in particolare di quella anti-pertossica.
- Ricorda che a quindici mesi sarà possibile eseguire il vaccino antimorbilloso o trivalente (contro morbillo, rosolia e parotite).





### CONSIGLI SULL'ALIMENTAZIONE

- Parla dell'alimentazione anticipando le domande più comuni sull'allattamento al seno e artificiale;

- suggerisci con forza l'alimentazione al seno materno: discuti le modalità di allattamento ed i tipi d'integrazione (supplementare o complementare). Ricorda l'importanza di una corretta dieta della nutrice (fornisci ai genitori gli stampati predisposti quando presenti).

Spiega che:

- il latte materno è il più vantaggioso per il bambino e per la madre (discutine i motivi);

- la montata latte, specie nelle primipare, avviene gradualmente nella prima settimana dal parto; avverti che con i nuovi criteri di dimissione precoce la montata avverrà dopo la dimissione;

- in caso di capezzoli rientranti si possono fare esercizi in grado di diminuirne la retrazione;

- in caso di necessità, ad esempio ragadi o mastite il latte può essere aspirato con un tiralatte;

- nelle prime due settimane di vita l'intervallo tra le poppate dovrebbe essere approssimativamente di circa tre ore e non inferiore alle due ore. Non bisogna però essere eccessivamente rigidi ed è bene regolare i tempi dei pasti sulla base dei primi e più evidenti segnali di ricerca del cibo del bambino, evitando che arrivi ad un pianto disperato;

- bisogna tenere il bambino in braccio in una posizione che gli consenta di guardare il volto materno, parlandogli dolcemente e sorridendo;

- si deve toccare con il capezzolo o con la tettarella la sua guancia o le labbra ed aspettare che apra la bocca prima di tentare di inserirglieli;

- spetta al bambino scegliere con quale velocità vuole mangiare e se lo si allatta artificialmente è bene regolare di conseguenza l'inclinazione del biberon in modo che non entri aria. Gli si deve consentire di fare le pause che desidera per poi tornare a succhiare, evitando di interrompere ripetutamente l'allattamento per asciugarlo e fargli fare il ruttino;

- non si deve insistere oltre con il pasto quando il bambino segnala di avere mangiato abbastanza: il bambino sa riconoscere quando è sazio;

- non colpevolizzare la madre che per motivi validi ha scelto di non allattare al seno. Cerca di rinviare i consigli per l'allattamento artificiale al momento in cui sia certo che la madre non ha sufficiente latte ma dai quasi per certo che ciò non avverrà almeno nei primi mesi. Dai questi consigli solo se la madre ha scelto di non allattare;

- insisti di più sull'allattamento al seno se c'è familiarità per allergia; consiglia in questo caso l'allattamento esclusivo per almeno 6 mesi e il divezzamento ritardato;

- sui cibi solidi: spiega quando e perché dovranno essere introdotti;

- consiglia la supplementazione con vitamina D (400 UI/die) per tutto il primo anno di vita;

- consiglia la supplementazione con fluoro (0,25 mg/die) dal sesto mese di vita.

### CONSIGLI SULLA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI

#### *Sicurezza dell'ambiente domestico*

- Acquistare un fasciatoio ampio, comodo e sicuro ed una culla adeguata, con distanza tra le sbarre inferiore a 7 cm. e paracolpi. Tenere le sbarre alzate quando il bambino vi sosta e fare dormire il bambino a pancia in alto oppure di fianco, con il capo rivolto da un lato. Utilizzare materassi comodi e ben fissati alla culla e non usare invece materassini ad acqua e cuscini perché inutili e a rischio di soffocamento;

- non usare mai il girello e dire ai parenti di non volerlo neppure per regalo;

- se si dovrà comprare il biberon ed uno scalda biberon preferire quelli con tappo a vite, di materiale infrangibile e di facile pulizia, adottare un metodo di sterilizzazione sicuro e di facile uso, come, ad esempio, l'immersione in soluzioni che contengono cloro attivo;

- se il neonato userà il biberon cerca di non abusare delle soluzioni zuccherate. Non mettergli mai il biberon nel letto e dagli sempre da bere prendendolo in braccio correttamente;

- prendere per tempo vestiti adeguati;

- non lasciare fratelli piccoli od animali domestici soli con il bambino;

- scegliere anticipatamente ed accuratamente la baby sitter, se risulta necessario farlo; (deve avere almeno tredici anni, essere in grado di comprendere bene ed eseguire gli ordini che impartite, avere esperienza di bambini di quell'età, sapere affrontare le situazioni di emergenza più comuni).

#### *Prevenzione dell'inalazione o ingestione di sostanze pericolose*

- Non mettere collane o braccialetti al bambino;

- non usare cordoni lunghi o catenelle per tenere il ciuccio o giochi o medagliette (anche attaccate sopra la culla);

- evitare di lasciare incustoditi oggetti piccoli che possano essere ingeriti od inalati dal bambino o strumenti acuminati che possano ferirlo;

- suggerire di imparare le manovre per l'espulsione dei corpi estranei inalati e di rianimazione cardiopolmonare.

#### *Prevenzione delle ustioni*

- Installare dei segnalatori di fughe di gas e d'incendio in casa ed usare fornelli con valvole elettroniche per l'autospegnimento. Se la casa ha la possibilità di andare incontro ad incendi procurarsi un estintore;

- non utilizzare per il riscaldamento caldaie a fiamma senza che nell'ambiente sia garantito un adeguato ricambio d'aria. Fare eseguire almeno una revisione all'anno dell'impianto di riscaldamento;

- non fumare nella stanza da letto e in tutta la casa.





**Prevenzione dell'annegamento**

- Acquistare una vasca per il bagno del bambino che sia ben stabile, capiente e con le misure di protezione per impedire che il bambino scivoli (fondo antiscivolo).

**Sicurezza della strada**

- Acquistare una culla sicura e pratica che, ancorata al sedile posteriore con le cinture di sicurezza, possa servire anche per il trasporto del neonato in macchina (vedi normative della legge n.111 del 18 marzo 1988). Fornisci ai genitori gli stampati predisposti, quando presenti.

**GUIDA ANTICIPATORIA SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO**

- Spiega brevemente -l'argomento sarà ripreso- le competenze psico-motorie del neonato. Puntualizza che vi sono bambini che raggiungono quelle tappe presto ed altri più tardi, a seconda dell'età gestazionale;

- incoraggia i genitori ad interagire con il neonato, prendendolo in braccio, cullandolo, parlandogli mentre lo tengono seduto con loro, mentre lo cambiano, quando gli fanno il bagnetto.

**CONSIGLI SULLA VITA FAMILIARE**

*È necessario cercare attivamente di coinvolgere durante le visite anche il padre o, nel caso di donne sole, un altro adulto che divida con lei le responsabilità dell'assistenza al bambino.*

- Incoraggia i genitori a trovare tempo per stare insieme;

- spiega alla madre che nel periodo immediatamente successivo al parto ella deve essere molto disponibile verso il neonato ma sono molto comuni le seguenti reazioni: depressione, ansia eccessiva, senso di inadeguatezza verso il nuovo ruolo di mamma;

- sottolinea l'importanza per la madre di avere a disposizione dei periodi di tempo (giornalieri o settimanali) da dedicare a se stessa ed invitala a programmare già da adesso i suoi momenti di libertà. Spiegale che è necessario prevedere un aiuto nelle faccende domestiche evitando che la gravidanza ed il puerperio si traducano in un periodo eccessivamente stressante;

- consiglia i genitori di prevedere già un

sistema di aiuto per quando il neonato tornerà a casa. A tale proposito consiglia di utilizzare membri della famiglia, nonni, zii, fratelli, o amici oppure di attivare le risorse offerte dai servizi sociali o dal volontariato;

- incoraggia il padre a partecipare attivamente all'allevamento del nuovo figlio, aiutando la madre e consentendole di dedicare tempo agli altri figli ed a se stessa. Discuti con lui del suo sentimento di gelosia verso il neonato. Invitalo a chiarire il proprio ruolo genitoriale;

- ricorda la necessità di considerare con attenzione anche gli altri figli, specie quelli più piccoli, stabilendo per tempo a chi affidarli durante l'ospedalizzazione della madre e preparandoli a questa separazione. Per ridurre il loro risentimento verso il nuovo nato e per farli sentire ancora importanti per la famiglia è bene cercare di coinvolgerli nelle cure del neonato facendosi aiutare da loro nella scelta degli oggetti necessari;

- scoraggia nelle prime due settimane dopo il parto le visite di parenti o amici, eccetto quelle di familiari stretti;

- sottolinea l'importanza di evitare che dopo il parto i genitori si isolino dagli altri dedicandosi esclusivamente al bambino;

- consiglia loro di affidarsi ad una persona competente, di famiglia o non (ad esempio cognata, sorella, pediatra, assistente sanitaria, educatrice dell'asilo nido...), per avere consigli utili sulle cure da prestare al bambino.

**A CONCLUSIONE DEL COLLOQUIO**

- Ricorda, enfatizzandola, la disponibilità dei servizi territoriali e del pediatra che sarà scelto ad occuparsi delle cure del bambino;

- fornisci indicazioni sui gruppi di volontariato che possono aiutare la coppia come, ad esempio, i gruppi della lega del latte;

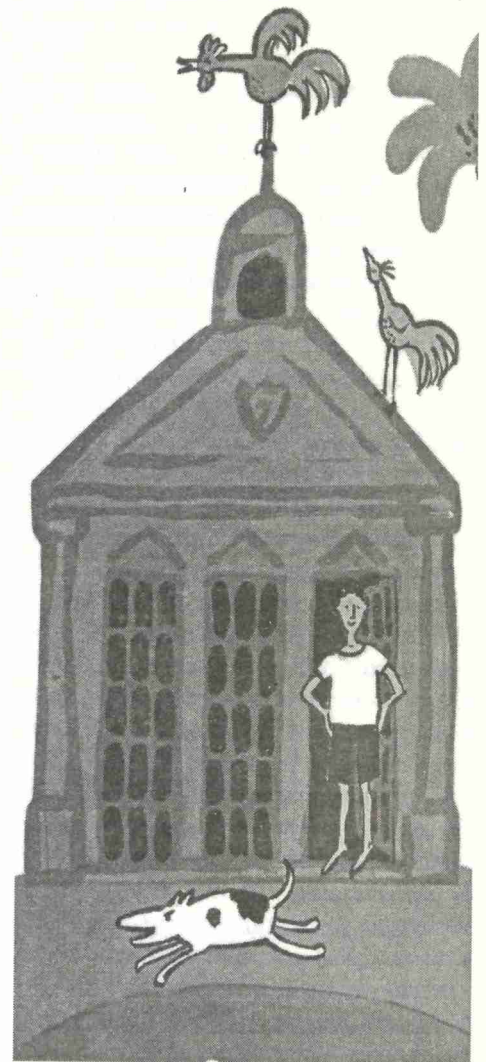
- preannuncia la visita domiciliare del personale paramedico, se nella tua A.U.S.L. viene eseguita, e dai informazioni su come attivare le risorse sanitarie del territorio.

- dai il nome del personale medico e paramedico che si occuperà delle vaccinazioni, il loro recapito telefonico e invita a

contattarli per qualsiasi bisogno;

- fai comprendere le diverse funzioni del pediatra di base e di quello di comunità nell'assistenza al bambino nel primo anno di vita;

- fornisci gli stampati che informano sull'allattamento al seno, l'attivazione dell'assistenza pediatrica, il trasporto sicuro in macchina, la presenza di gruppi di volontariato che coinvolgono i genitori, ecc. .

**Bibliografia:**

- *Bright Futures. Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents.* Morris Green Ed., 1994.

- *Committee on psychosocial aspects of child and family health. The prenatal visit.* *Pediatrics* 1996;97,1:141-43.

- *American Academy of Pediatrics (A.A.P.), Guidelines for health supervision, seconda ed, 1988.*





# L'assurdo e il bizzarro sempre (o quasi) senza ostilità

## Una nuova rubrica

*Il gioco è una componente essenziale della vita del bambino e dell'adulto. Anche nella nostra professione, come in tutte, la componente ludica è essenziale. L'umorismo -dice un antico canto goliardico- ci aiuta a vivere o per lo meno a non piangere. Non passa giorno che non registriamo nei nostri ambulatori, nei nostri reparti ospedalieri, nei nostri pronti soccorsi, nei rapporti coi colleghi e con i malati, episodi, eventi nei quali cogliamo una certa rappresentazione del ridicolo delle cose, della vita, del mondo. E tutto questo provoca in noi una umana simpatia e ci aiuta ad andare avanti. È presente nella memoria di tutti noi il ricordo di colleghi di università e di professione particolarmente capaci di cogliere e di raccontare il ridicolo, il bizzarro di certe situazioni. Su **Quaderni** abbiamo recensito, qualche numero fa, una testimonianza partenopea di questo umorismo che aleggia talora sulla professione del medico. In questa rubrica noi cercheremo di giocare con ciò che ci circonda cogliendo soprattutto le involontarie assurdità, gli svarioni, le gaffe, le ovvietà travestite da scoperte sensazionali con le quali ogni giorno abbiamo a che fare: leggendo la letteratura, esplorando con serietà forse eccessiva i bugiardini dei preparati farmaceutici e così via. Cercheremo di farlo con bonario umorismo, mostrando l'assurdo e il bizzarro, senza volere essere ostili a nessuno, con una posizione puramente divertita e con una spontanea ed indulgente umana simpatia. Siamo certi che le nostre vittime ne terranno conto.*

*Se qualcuno fra i lettori ci vuole aiutare gliene saremo grati.*

*Qualcuno lo ha già fatto.*

## MA CHE SORPRESA!

Riportiamo le sorprendenti *conclusions* dell'abstract di un articolo comparso su *Pediatrics* (1996;97:236-42). «I bambini (infants) americani che, nella ricerca, hanno ricevuto una iniezione I.M. di un vaccino acellulare a due componenti contro la pertosse, associato ad un vaccino anti-difterite-tetano hanno prodotto una risposta anticorpale almeno eguale a quella di bambini (infants) giapponesi che hanno ricevuto un vaccino simile, sempre per via intramuscolare».

*Chi se lo sarebbe aspettato?*

## SICUREZZA GELATI E SALMONELLE

Il 22 maggio da "Mi manda Lubrano" i soliti tecnici hanno detto che i gelati prodotti industrialmente sono sicuri, anzi sicurissimi. Sei giorni prima, sul "New England Journal of Medicine" era stato pubblicato un articolo dal titolo "A national outbreak of Salmonella Enteritidis infection from ice cream" che descrive una epidemia di 224.000 casi in USA.

*Quando si dice le coincidenze.*

## PROBLEMI DI VESCICA

**Medicina contro il male de la preda, provada videlicet.**

Tore una pignatta nova vetrata granda e toraj una quantita de gramigna e lavala ben cun aqua neta, tante volte che la sia ben lavata e netta dela terra e poj la relava che la ben netta, e poj jmpiraj dicta pignatta che sia lavata de dicta gramigna cun lacqua che li bisognava fatta bullire

tanto che decresca tri quarti e de l'altro quinto (1) che restara in la pignatta torane un bicchiero. La matina che sia tevedo e dallo a bere a bona hora a quello ha ditto male de preda fin a tre mattine e piu sel bisogna e guarira.

*Archivio notarile Faenza vol. 1505-10. Foglio 123. Anno 1508*

*(1) evidentemente nel 16° secolo la somma di 3/4 + 1/5 non dava, come oggi, 0.95, ma 1.*

## A A A PAPEROPOLI

Con un avviso sul *N.E.J.M.* del 23.05.1966 l'università di lingua inglese di Hong Kong (HK) offre un posto di professore associato di neurologia pediatrica con il seguente stipendio annuale: dollari di HK 437.880 con incremento in 10 anni a 866.340. (cambio: 1 dollaro USA = 7.8 dollari HK). Fringe benefits: 22 - 37- 60% dello stipendio annuo.

*Sedetevi e fate due conti.*

## TEST-ATE: UN NUOVO TEST PER L'ENURESIS?

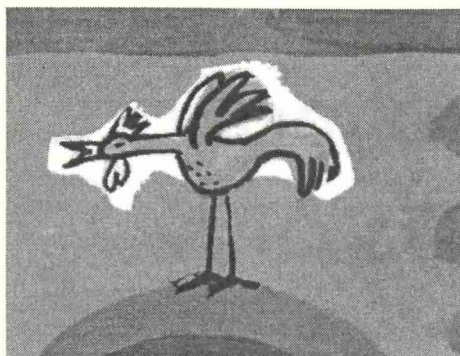
Sul numero di giugno di *enuresis*, giornale del club dell'enuresi, si parla di "test-ate".

Ci siamo incuriositi (un nuovo test per la diagnosi? magari semplice e fatto in casa? una roba da self help?) anche perché la parola compariva su una pagina dove tronneggiava un titolo, tratto da un poster: "pipì a letto?"

Si trattava invece di alcune *testate* giornalistiche che avevano riportato le notizie della nascita del club dell'enuresi.

*Una delusione per i cacciatori di test.*





## COME I RADIOLOGI "VEDONO" I BAMBINI... E GLI ANZIANI

«Devo portare mio figlio ad eseguire un esame radiologico: ci sono problemi particolari?»

Tutto dipende dall'età del piccolo paziente. Se il piccolo ha superato i 5 anni non ci sono problemi nella stragrande maggioranza dei casi: il bambino *ragiona e segue le istruzioni che gli vengono impartite*. Anche se il bambino ha meno di 6-7 mesi non dovrebbero esistere problemi: il piccolo non collabora ma di solito non si agita e, in casi fortunati, può anche continuare a dormire.

I problemi della radiografia ai bambini nascono -come si comprende- nella fascia d'età compresa tra i 6 mesi e i 5 anni... Se vostro figlio è in questa fascia d'età "critica", è opportuno che venga condotto in una struttura ospedaliera che esamina frequentemente una popolazione pediatrica; in quella sede il personale è abituato a "maneggiare" piccoli pazienti e l'esame risulterà più veloce e correttamente eseguito. Sempre nella fascia d'età "critica" sarà necessario tenere fermo il bambino mentre esegue le radiografie: i genitori sono -di solito- le persone meno adatte a trattenere il piccolo. D'altro canto, il personale del servizio, già professionalmente esposto, non può assumersi tale incarico, pena un aumento ingiustificato delle dosi assorbite. È buona norma, perciò, ricorrere all'ausilio di persone estranee che non siano più in età fertile che si dimostrino disposte a collaborare: un paziente anziano, in attesa di eseguire un altro esame, può essere di grande aiuto in queste situazioni ».

La perla è stata trovata sul manuale di

informazione sanitaria "Guardare nel corpo umano" a cura dell'Associazione Italiana di Radiologia Medica SIRM (testi di Antonio Chiesa).

Il corsivo è redazionale, le virgolette sono proprie dell'autore.

Non ci sembrano siano necessari commenti.

Un solo dubbio ci assale: l'invito alla frequenza di strutture ospedaliere (naturalmente pubbliche) è determinato dal fatto che gli anziani frequentanti quelle private sono meno disposti a collaborare?

Una sola proposta ci viene alla mente. Come dice Altan: "perché non lo facciamo fare ai disoccupati, che non ci hanno un cazzo da fare tutto il giorno?".

## COME ROVINARSI LA REPUTAZIONE IN UNA SOLA FRASE

"Può essere possibile prevenire l'infezione da HIV scoraggiando... l'allattamento al seno nelle aree dove la malattia è endemica" (!)

Robert Gallo *ri-scopritore del virus HIV*

## QUANDO SI DICE LA MODERNITÀ

Negli USA è in atto una larga produzione di articoli e di ricerche sulla dimissione precoce del neonato e sulle sue conseguenze. Anche in Italia qualcuno ha abboccato all'amo della modernità.

I neonati? Via, subito a casa.

Molti non si sono chiesti, però, perché negli USA questi articoli sono fioriti.

Il fatto è che almeno 36 Stati dell'Unione hanno stabilito che la massima copertura per la degenza per il parto sia quella sottodescritta:

1. parto normale per via vaginale: ricovero gratuito per non più di 48 ore;
2. parto con taglio cesareo: ricovero gratuito per non più di 96 ore.

Si è quindi cercato di capire se queste disposizioni fanno danno, o meno, al neonato e/o a sua madre.

Gli americani hanno fatto di inevitabilità virtù; chi li ha seguiti in Italia, invece, ha scambiato l'inevitabile per il moderno.

Capita.

### SCHEDE TECNICHE A CONFRONTO CEFTRIAXONE

#### Dosaggi

	IN USA	IN ITALIA
infezioni cutee e annessi	50-75 mg/kg (2 dosi). Massimo 2 g.	20-80 mg/kg per tutti i casi
altre infezioni importanti	50-75 mg/kg (2 dosi). Massimo 2 g.	dose massima non indicata
meningiti	100 mg/kg (1-2 dosi). Massimo 4 g.	

#### Effetti secondari(\*)

IN USA	IN ITALIA
Sono state riportate alterazioni della cistifellea all'esame ecografico. Queste alterazioni possono essere attribuite ad un aspetto "fangoso" della bile dovuto alla presenza di sale calcio di ceftriaxone. Non devono essere scambiate per calcoli	Raramente i spessimenti della bile.

(\*) sostanzialmente indicati nella stessa misura, ma nella scheda USA ci sono le incidenze degli effetti secondari.

#### Quesito finale

Quale scheda è più precisa, completa e comprensibile?



# Rianimazione Cardio-Polmonare nei bambini da uno a otto anni

Linee guida dell'American Red Cross  
a cura di Franco Dessì e Salvo Fedele

## Definizione

L'assenza di respiro e la mancanza di battito cardiaco sono due condizioni, rapidamente associate, di immediato pericolo di vita. La Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP) è la combinazione delle manovre che consentono di ripristinare:

- 1) la respirazione che assicura l'ossigeno al polmone della vittima, *assicurando la pervietà delle vie aeree e insufflando i polmoni;*
- 2) l'ideale circolazione di sangue ossigenato, *attraverso le manovre di compressione toracica.*

## Considerazioni introduttive

La Rianimazione Cardio-Polmonare è un intervento salvavita ed è condotta in maniera ottimale da quanti hanno seguito un apposito training. Va precisato pertanto che le procedure descritte non sostituiscono un idoneo training in RCP che richiederebbe una opportuna parte di pratica sul manichino.

*Il fattore tempo è estremamente importante quando si ha a che fare con una persona in stato di incoscienza e che non respira. In mancanza di adeguata ossigenazione il danno cerebrale è irreversibile dopo 4 - 6 minuti e la morte sopraggiunge nel giro di 8 - 10 minuti.*

È auspicabile pertanto che, anche in Italia, le conoscenze sulle corrette manovre di RCP si diffondano anche oltre il personale sanitario, come è già accaduto in numerosi paesi europei. La Croce Rossa organizza, in molte parti d'Italia, corsi di formazione per operatori di ambulanza e per la popolazione.

Le linee guida espone in questo articolo si riferiscono a bambini tra uno e otto anni, (1) e sono in accordo a quelle preparate dalla American Red Cross e dalla American Heart Association. Sebbene infatti la sequenza dell'intervento sia identica in tutte le fasce di età, alcune modificazioni si rendono necessarie per adattare la RCP alla capacità polmonare e alla resistenza della gabbia toracica.

## Sintomi

I sintomi da ricercare sono:

- Stato di incoscienza.
- Mancanza di respiro.
- Assenza di polso.

Bisogna ricordare subito però che la RCP è un intervento in cui la ricerca dei sintomi deve essere fatta secondo un'ordine

preciso e all'interno di una sequenza rigorosa di manovre. Per l'importanza del fattore tempo sopra sottolineata, più che in ogni altro intervento medico, lo schema classico: *a) diagnosi b) terapia*, può mettere in grave pericolo la vita del bambino.

Come si dirà in dettaglio più avanti l'intervento di RCP verrà graduato in:

- 1) semplice posizionamento delle vie aeree per favorire il ritorno della respirazione in caso di bambino con perdita di coscienza: in una persona in stato di incoscienza la lingua si rilassa e cade all'indietro bloccando l'ingresso d'aria nei polmoni. Talvolta il semplice corretto posizionamento della testa consentirà al bambino di riprendere la respirazione;
- 2) respirazione bocca a bocca in caso di mancanza di respiro (ma la mancanza del respiro non va ricercata, perdendo secondi preziosi, prima di avere effettuato la manovra di posizionamento delle vie aeree);
- 3) massaggio cardiaco in caso di mancanza di polso.

## COSA NON FARE

- Non eseguire manovre di compressione toracica se il polso è apprezzabile; compressioni toraciche inopportune possono causare arresto cardiaco. In ogni caso le manovre di RCP cominciano sempre dall'assicurare l'arrivo di aria ai polmoni.

- Nel caso in cui si sospetti una lesione spinale, non muovere la testa o il collo del bambino quando si cerca di capire se respira. Anche il semplice sollevamento parziale della testa (Fig.1) per posizionarvi sotto qualcosa di morbido come un asciugamano ripiegato può aggravare il danno al midollo spinale in un paziente con frattura cervicale instabile.

- Non lasciare solo il bambino se non per un tempo molto breve e solo nel caso in cui sia assolutamente necessario.

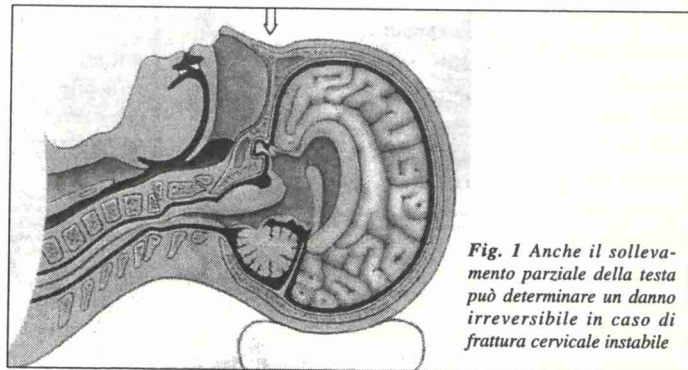


Fig. 1 Anche il sollevamento parziale della testa può determinare un danno irreversibile in caso di frattura cervicale instabile



**COSA FARE**

- Assicurarsi che qualcuno abbia chiamato il numero di emergenza mentre ci si appresta a iniziare le manovre di RCP.
- Nel caso in cui un altro soccorritore abbia iniziato le manovre di RCP si valuti rapidamente la sua abilità e eventualmente si prenda il suo posto nella direzione dell'intervento.
- Nel caso in cui l'altro soccorritore stia conducendo con adeguata perizia l'intervento ci si tenga pronto ad aiutarlo o eventualmente a sostituirlo, in caso di stanchezza.

**INTERVENTO**

**1. VALUTA LO STATO DI COSCIENZA**

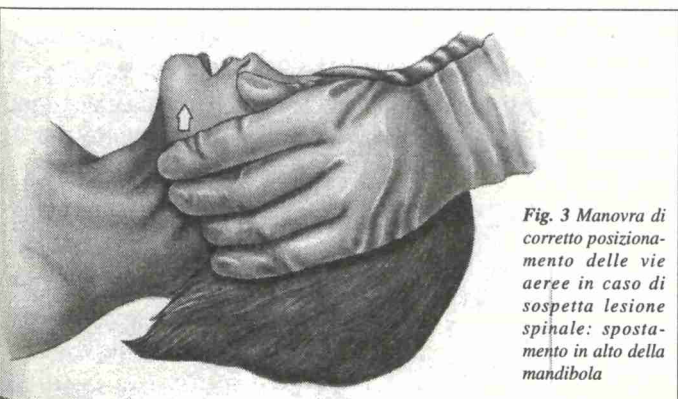
Il bambino è cosciente? Stimolalo con delicatezza. Osserva se il bambino si muove o fa qualche rumore. Chiedigli: "Come ti chiami?", "Apri gli occhi", "Stringimi la mano".

**2. POSIZIONE**

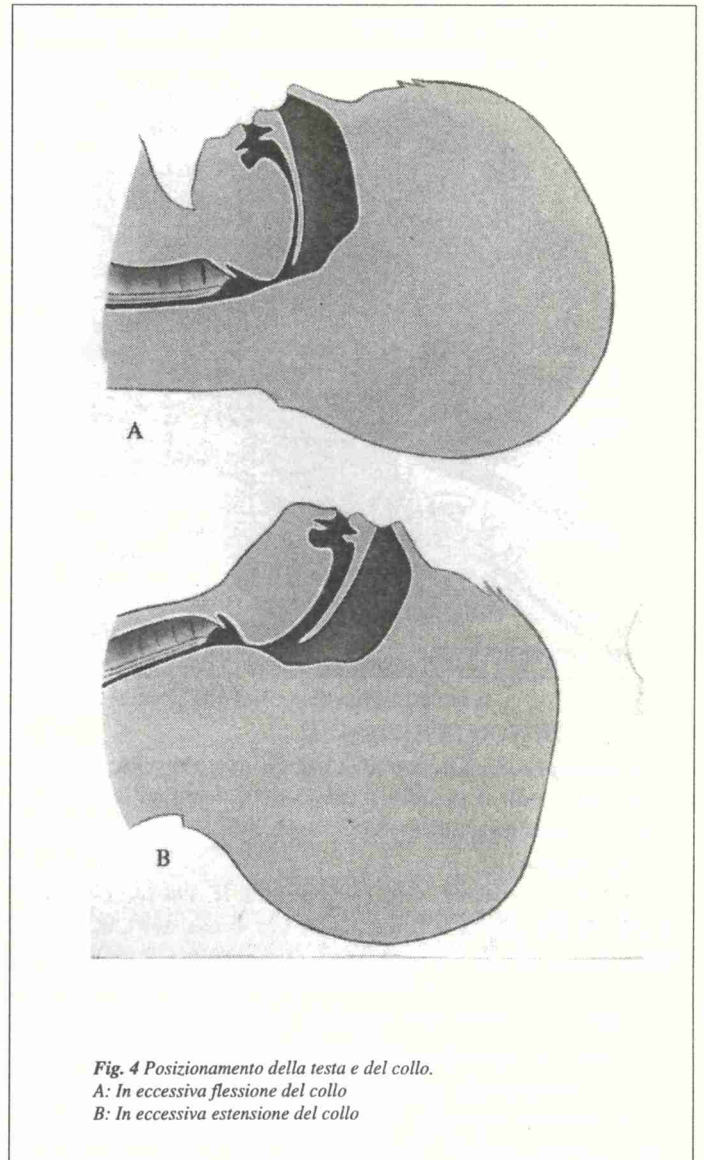
- Se non hai risposta posiziona il bambino sulla schiena su una superficie dura (mai su di un letto) per terra o su di un piano la cui altezza non superi i 60 cm.
- Tieni bene la testa e il collo, fai in modo che il torace sia ben visibile liberandolo dai vestiti.
- Se il bambino è posizionato per terra, inginocchiati vicino a lui e tieni le tue ginocchia di lato al bambino.

**3. PERVIETÀ VIE AEREE**

- Solleva il mento del bambino mentre porti la testa indietro in modo che la lingua non occupi l'imbocco della trachea (Fig.2).
- Se sospetti una lesione spinale, sposta in alto la mandibola senza muovere la testa o il collo (Fig. 3).



- Non lasciare la bocca chiusa.
- Controlla che nella bocca non vi siano dei corpi estranei ed eventualmente rimuovili.
- Ricorda che per effetto dell'estrema flessibilità dei tessuti molli nel bambino, un'eccessiva flessione del collo o un'eccessiva estensione può determinare un'ulteriore compromissione nell'ingresso d'aria (Fig. 4).



**4. RESPIRA?**

- Metti il tuo orecchio vicino alla bocca del bambino posizionandoti in modo da poter osservare se ci sono movimenti toracici. Per 5 secondi, guarda, ascolta e palpa per capire se respira.

**5. BOCCA A BOCCA**

- Se il bambino non respira, comincia le manovre di respirazione bocca a bocca.
- È molto importante mantenere la corretta posizione della testa.
- Chiudi le narici stringendole fra indice e pollice e ricopri



completamente e bene la bocca del bambino con la tua bocca (Fig. 5).

- Soffia nella bocca del bambino due respiri *profondi, lenti e pieni* con una breve pausa.
- Ricorda di soffiare lentamente l'aria nei polmoni del bambino finché non vedi espandersi la gabbia toracica: ciascun respiro dovrebbe durare da uno a un secondo e mezzo.
- Ricorda dopo ogni respiro di allontanare la tua bocca per consentire al bambino di espirare.
- Controlla i movimenti toracici.

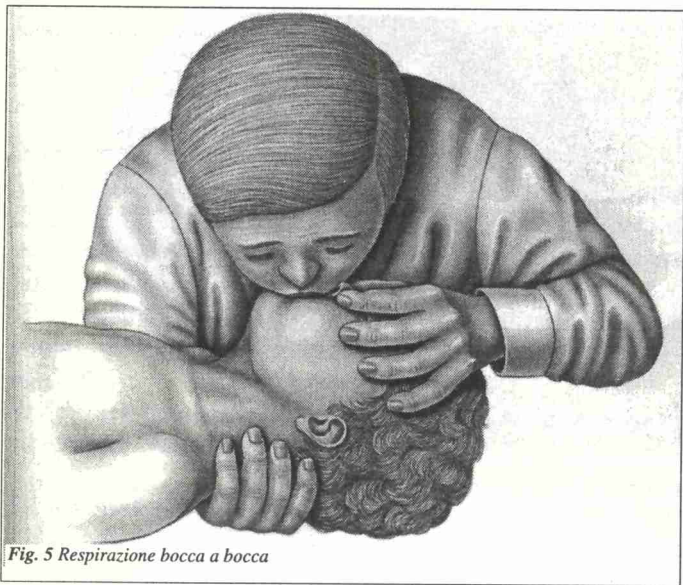


Fig. 5 Respirazione bocca a bocca

### 6. IL TORACE NON SI ESPANDE?

- Se il torace non si espande, la testa potrebbe essere mal posizionata, ripeti il posizionamento della testa sollevando il mento del bambino mentre porti la testa indietro e applica altre due insufflazioni.
- **Se il torace ancora non si espande le vie aeree sono ostruite. Segui allora le linee guida per il bambino in via di soffocamento di età > 1 anno (vedi Quaderni ACP n° 3/96)**

### 7. POLSO

- Se il torace si espande metti due dita sul pomo di Adamo poi scivolale lateralmente nella piega tra il pomo di Adamo e il muscolo laterale del collo. Cerca di apprezzare in questa sede il polso carotideo per 5 - 10 secondi.

### 8. IL POLSO È APPREZZABILE? CONTINUA LA RESPIRAZIONE BOCCA A BOCCA

- Se il polso è apprezzabile continua la respirazione bocca a bocca soffiando un respiro profondo, lento e pieno ogni 4 secondi. Rivaluta il polso ogni 15 respiri, in pratica ogni minuto.

### 9. HANNO CHIAMATO PER L'EMERGENZA?

- Assicurati che qualcuno abbia chiamato il numero telefonico di emergenza.
- Ricomincia la respirazione bocca a bocca con la periodica valutazione del polso.

- Continua la respirazione bocca a bocca finché il bambino non respira autonomamente.

### 10. IL POLSO NON È APPREZZABILE? MASSAGGIO CARDIACO

- Se il polso non è apprezzabile, occorre operare un massaggio cardiaco esterno; il cuore deve essere compresso fra lo sterno e la colonna vertebrale attraverso delle compressioni ritmiche sul torace.
- Mantieni la corretta posizione della testa e poni la base del palmo della tua mano aperta, due dita sopra il limite inferiore dello sterno del bambino (Fig. 6).

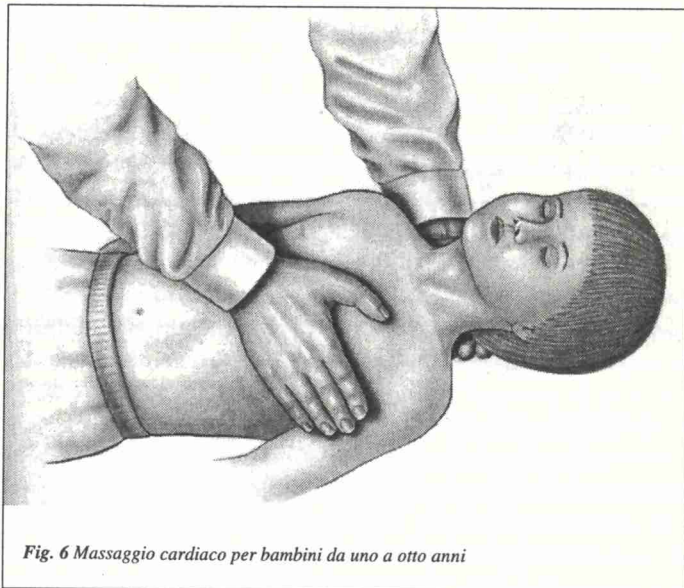


Fig. 6 Massaggio cardiaco per bambini da uno a otto anni

- Tieni le dita della mano sollevate e il braccio teso e quindi spingi con decisione, sfruttando il peso del tuo corpo, con una forza tale da far abbassare lo sterno del piccolo di circa tre cm.
- Esegui 5 compressioni in maniera ritmica, senza pause, non allontanando mai la mano dal torace del bambino.
- Non oscillare avanti e indietro, ma spingi in basso.

### 11. BOCCA A BOCCA E COMPRESSIONI TORACICHE

- Soffia nella bocca del bambino un respiro profondo lento e pieno seguito da 5 compressioni toraciche. Dovresti comprimere il torace a una frequenza di 80-100 al minuto (aiutati contando rapidamente: 1... 2... 3...).
- Dopo 5 compressioni esegui un'altra respirazione bocca a bocca, (ricordati di posizionare correttamente la testa, di chiudere le narici, di fare aderire bene la tua bocca a quella del bambino, di guardare con la coda dell'occhio i movimenti della gabbia toracica e infine di consentire al bambino di espirare).
- Ripeti le manovre di respirazione bocca a bocca/compressioni toraciche nel rapporto di 1:5 approssimativamente per 1 minuto.

### 11b. BOCCA A BOCCA E COMPRESSIONI TORACICHE CON DUE OPERATORI

- Ogni cinque massaggi, senza interrompere, un altro soccorritore interporrà una insufflazione bocca a bocca fra il quinto e il sesto massaggio per circa 1 minuto.



12. COME VA IL POLSO?

Rivaluta il polso e il respiro del bambino per 3 - 5 secondi.

13. FIN QUANDO?

- Ripeti le sequenze 11 e 12 fin quando non è apprezzabile il polso del bambino.

- Se il polso è apprezzabile ma non c'è ancora un respiro valido vai alla sequenza 9.

(1) le linee guida per bambini al di sotto di un anno di vita e per quelli al di sopra di otto anni verranno pubblicate nei prossimi numeri di Quaderni ACP

**TEST DI AUTOVALUTAZIONE PER PEDIATRI**

**A)** Nel tuo ambulatorio arriva alle sei di sera una bambina di 24 mesi, Maria, tenuta in braccio dalla mamma. La piccola ha un'anamnesi di asma. Maria è la sesta di sette figli, il più grande dei quali ha 12 anni. Nelle ultime 24 ore la piccola ha avuto un progressivo accorciamento del respiro. Hai davanti una bambina cianotica e incosciente. La mamma riferisce di aver somministrato qualche ora prima per os ventolin e bentelan.

Cosa faresti per lei?

Scegli tra quelle che seguono le tre cose da fare immediatamente nella corretta sequenza.

- 1) Adrenalina 0.01 mg/Kg/sc.
- 2) Mi assicuro che qualcuno abbia chiamato l'ambulanza.
- 3) Controllo il polso.
- 4) Sdraio la bambina su una superficie dura assicurando la pervietà delle vie aeree, posizionando correttamente il mento e la testa, spogliandola dai vestiti che ricoprono il torace.
- 5) Comincio il massaggio cardiaco.
- 6) Comincio la respirazione bocca a bocca insufflando i polmoni con due respiri profondi e lenti valutando se c'è espansione della gabbia toracica.
- 7) Assicuro un accesso venoso.

**B)**» passato un minuto da quando la bambina è entrata nel tuo ambulatorio. Maria non ha un polso carotideo apprezzabile; hai già insufflato i suoi polmoni con due respiri profondi e lenti e hai notato l'espansibilità della gabbia toracica

Cosa faresti per lei?

Scegli le due cose da fare immediatamente nella corretta sequenza.

- 1) Adrenalina 0.01 mg/Kg/sc.
- 2) Mi assicuro che qualcuno abbia chiamato l'ambulanza.
- 3) Comincio il massaggio cardiaco.
- 4) Continuo la respirazione bocca a bocca insufflando i polmoni con due respiri profondi e lenti.
- 5) Assicuro un accesso venoso.
- 6) Faccio una glicemia rapida con destrostix.

7) Continuo la respirazione bocca a bocca insufflando i polmoni con un respiro profondo e lento.

**C)** Sono passati tre minuti da quando Maria è entrata nel tuo ambulatorio; dopo il tuo intervento il polso carotideo è apprezzabile debolmente con una frequenza di circa 60/min.

Senti sibili diffusi al torace

Cosa faresti per lei?

Scegli le due cose da fare immediatamente.

- 1) Adrenalina 0,01 mg/kg/sc.
- 2) Assicuro un accesso venoso.
- 3) Continuo il massaggio cardiaco.
- 4) Mi assicuro che qualcuno abbia chiamato l'ambulanza.
- 5) Faccio una glicemia rapida con destrostix.

**D)** Sono passati 5 minuti da quando hai somministrato l'adrenalina, il polso della bambina si mantiene circa a 60/min.

Cosa faresti per lei?

Scegli una fra le cose seguenti da fare immediatamente

- 1) Adrenalina 0,01 mg/kg/sc.
- 2) Adrenalina (1:10.000\*) alla dose di 0,1 ml/kg
- 3) Continuo il massaggio cardiaco.
- 4) Mi assicuro che qualcuno abbia chiamato l'ambulanza.
- 5) Faccio una glicemia rapida con destrostix.

\*Una fiala di Adrenalina 1:1.000 in 9 ml di soluzione fisiologica

Sono passati 15 minuti da quando Maria è entrata nel tuo ambulatorio; grazie al tuo intervento la frequenza del polso carotideo è adesso di 95/minuto la bambina è in piena crisi d'asma ma è cosciente e finalmente è anche arrivata l'ambulanza che qualcuno ha chiamato.

Casi come questo esistono soltanto nelle simulate didattiche?

Risposte corrette

Domanda D: risposta corretta 2  
 Domanda C: risposta corretta 1 - 2  
 Domanda B: sequenza corretta 7 - 3  
 Domanda A: sequenza corretta 4 - 6 - 3



# Linee guida per seguire una bambina con sindrome di Turner

Linee guida dell'American Academy of Pediatrics  
a cura della Divisione pediatrica "Ospedale Bufalini" Cesena

## INTRODUZIONE

La sindrome di Turner (sT) non è malattia frequente, ma è comunque non estremamente rara: la prevalenza è di 1:2.000-5.000 nate femmine, cioè di 1:4.000-10.000 neonati. È presumibile perciò che ogni 5 pediatri ce ne sia uno (quindi in Italia un paio di migliaia) che ha in carico un problema di questo genere. Il reperimento di linee guida sul come comportarsi globalmente di fronte ad una sT che ha bisogno di più competenze specialistiche (l'oculista, l'ORL, il cardiologo, l'endocrinologo, il neuropsichiatra) e nessuna di queste è sufficiente, anzi molto spesso l'una ignora l'altra, non è agevole. L'American Academy of Pediatrics

(AAP), infatti, nel 1994 incaricò il suo Comitato per la genetica di predisporre un piano di linee guida che possano essere utilizzate dal medico di base che deve fungere da organizzatore, temporizzatore e riassuntore generale dei controlli. Nessun altro specialista può infatti sostituire il medico di base in questa funzione di collante. Abbiamo, pertanto ritenuto utile riportare su questo numero di *Quaderni ACP* le linee guida dell'AAP con i necessari adattamenti alla situazione italiana. Le manifestazioni cliniche tradizionali della sT si trovano in ogni trattato di pediatria. Esse, però, non sono sempre presenti; anzi abbastanza spesso la sT non è diagnosticata dai pediatri nei primi anni.

Più tardi la sT può essere espressa grossolanamente anche solo dalla *bassa statura*, mentre i segni più fini possono sfuggire. Nei tempi ancora successivi la *pubertà ritardata* è una indicazione classica della ricerca del cariotipo che porta alla diagnosi. Segno di scarso significato è invece il ritardo mentale. Invece in molti trattati e in molte pubblicazioni divulgative il ritardo mentale viene considerato tipico della sindrome; se non la maggior parte, molte ragazze con sT hanno normale intelligenza e normale profitto scolastico. Tradizionalmente inoltre è stato sempre segnalata la difficoltà della ragazze con sT nei confronti della matematica; anche questo aspetto è stato messo in discussione gra-

Età	nascita	2 mesi	4 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi
controlli	*	*	*	*	*	*
crescita	*	*	*	*	*	*
p. art.	*	*	*	*	*	*
polsi femorali	*	*				
udito	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.
vista	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.	* anam.
sviluppo sessuale	*					
tiroide	*					*
ecocardio	*		*			*
ecorene	*					
LH FSH						
sviluppo	*	*	*	*	*	*
comportamento	*	*	*	*	*	*
apprendimento						

Anam.: controllo attraverso osservazione dei genitori.



zie alle nuove metodologie didattiche che hanno consentito un approccio logico- astratto, piuttosto che astratto-logico all'approccio con la materia.

#### LE LINEE GUIDA PER IL CONTROLLO

Seguiamo, passo a passo, la tabella:

1. La prima riga indica i tempi dei controlli (per controllo si intende una *valutazione clinica generale*), le righe successive indicano una eventuale maggiore specificazione dei controlli stessi. Per la *valutazione clinica generale* si tenga presente che particolare attenzione va posta ai difetti dello scheletro (gomito valgo, anomalie del ginocchio, esostosi tibiali, e meno frequentemente LCA, con conseguente indicazione all'ecografia delle anche, scoliosi, cifosi, malocclusioni).
2. La *crescita* va controllata sulla grafica della sT (Fig.1) che porta, per comparazione anche i percentili normali.
3. La *pressione arteriosa* va controllata perché l'ipertensione idiopatica è più frequente nella sT che nella bambina normale; a questo si aggiunga che, nel 60% dei casi, nella sT sono presenti anomalie

renali o nefrovascolari che possono portare anch'esse ad ipertensione. L'indicazione alla esecuzione dell'ecorene ha questo preciso significato. Se l'ecorene è patologico l'attenzione va diretta verso un controllo periodico delle urine ed un approfondimento con altre tecniche diagnostiche d'immagine.

4. I *polsi femorali* vanno controllati perché nel 20% dei casi vi sono cardiopatie congenite specie a carico dell'aorta. Il controllo al 4° mese è giustificato perché alla nascita le anomalie, specie quelle valvolari, possono non essere state identificate.

Se c'è una dilatazione dell'arco aortico bisogna ricordare che la bambina ha un aumentato rischio di aneurisma dissecante. L'indicazione all'ecocardio ha quindi l'obiettivo di mettere in evidenza eventuali cardiopatie congenite. Se vi sono cardiopatie congenite ricordarsi di effettuare la profilassi della endocardite batterica quando necessario secondo gli schemi usuali.

5. Un'alta frequenza di *otiti sierose* e di *otiti medie* sono riscontrabili nella sT e suggeriscono la necessità dei controlli

dell'udito. Questi possono essere fatti su base anamnestica (chiedendo informazioni ai genitori se, a loro parere, la bambina sente oppure no) sia sottoponendo le bambine ad esami strumentali. I difetti dell'udito possono essere sia conduttivi che neurosensoriali.

6. Possono esservi *strabismo, ptosi palpebrale, cataratta e sclere blu*: questo suggerisce attenzione all'organo della vista. Inviare la bambina dall'oculista per uno qualsiasi dei problemi sopra elencati.

7. Monitorare lo sviluppo dei *caratteri sessuali secondari* nei tempi indicati.

8. Gli esami per la funzione tiroidea sono giustificati dalla maggiore incidenza di ipotiroidismo (usualmente tiroidite autoimmune). Per quanto riguarda le altre *valutazioni endocrinologiche*, occorre riferirsi ad un endocrinologo pediatra per discutere l'opportunità di una terapia ormonale favorente la crescita staturale (HGH solo, a dosi molto alte, o insieme con oxandrolone) se questa è sotto il 3° percentile per l'età valutata nelle curve delle bambine normali. Meglio essere presenti al colloquio in quanto, sui dati della letteratura (*Lancet 1996;348:25-27*), non

Età	15 mesi	24 mesi	3 anni	4 anni	5 anni	>5/anni	13-21 anni
controlli	*	*	*	*	*	*	
crescita	*	*	*	*	*	*	
p. art.	*	*	*	*	*	*	
polsi femorali							
udito	* anam.	* anam.	strum.			strum.	strum.
vista	* anam.	* anam.	strum.				
sviluppo sessuale					*	*	
tiroide	*	*	*	*	*	*	
ecocardio		*	*	*	*	*	
ecorene							
LH FSH							*
sviluppo	*	*	*	*	*	*	*
comportamento	*	*	*	*	*	*	*
apprendimento						*	

Anam.: controllo attraverso osservazione dei genitori.

Strum.: valutazione con metodi di screening e approfondimento successivo.

Nelle età da 5 anni in poi i controlli si intendono come annuali.



sembra potersi attendere un risultato sicuramente positivo sulla crescita.

A 12-13 anni occorre monitorare i livelli di LH ed FSH. Questi sono significativamente elevati nella sT, ma il 10% delle ragazze mestrua normalmente. Raramente può esserci una funzione ovarica sufficiente ad ovulare e concepire. A questa età occorre riferirsi ad un endocrinologo pediatrico per la terapia ormonale sostitutiva. Attendendo fino al 15° anno si può

ottenere qualche buon risultato sull'altezza. Il rischio di diabete nella sT è controverso, ma è comunque sufficiente un controllo annuale per la ricerca della glicemia.

9. Per quanto riguarda lo *sviluppo*: seguire particolarmente quello del linguaggio e fare eventualmente intervenire uno specialista (neuropsichiatra infantile, foniatra). Prima della scuola è bene fare valutare la bambina da uno psicologo e da un

neuropsichiatra per la probabilità di disordini dell'apprendimento. Discreto rischio anche di deficit di attenzione e di iperattività.

10. Per quanto riguarda il *comportamento* valutare l'adattamento sociale fin dai primissimi tempi. Come per tutte le patologie croniche in cui la famiglia sviluppa un forte senso protettivo nei confronti del soggetto affetto, l'imaturità sociale è diffusa. Piuttosto che le ragazze, come tradizionalmente si fa, sono le famiglie a dover essere aiutata a far sì che la ragazza con sT conquistino quell'adattamento sociale che la sindrome di per sé non ostacola. Medici esperti in counselling e psicologi esperti di terapia familiare ma con esperienza specifica in sT possono essere d'aiuto a prevenire i frequenti disturbi del comportamento secondari all'atteggiamento protettivo della famiglia.

#### GUIDE ANTICIPATORIE

Ad ognuno dei controlli dare ai genitori informazioni su quanto essi possono aspettarsi nel futuro più immediato e rispondere alle loro domande sul futuro meno immediato. In particolare non dimenticare di dare le seguenti informazioni:

1. Informare che il *linfedema* può persistere per mesi, può scomparire e ricomparire. Se non è presente può comparire.
2. Informare che possono esservi *problemi alimentari* per una non brillante capacità deglutitoria di queste bambine.
3. Informare, prima che lo imparino dai rotocalchi, che per le anomalie anatomiche del volto e del collo, se grossolane, esiste la possibilità di ricorrere alla *chirurgia riparativa*, ma avvertire anche i genitori di discutere con il chirurgo plastico la facilità con cui in queste bambine si formano cheloidi in sede di cicatrici operatorie.
4. Informare che vi sarà, quasi certamente, un *difetto di crescita in altezza* ma anche una tendenza all'obesità. Il difetto di crescita sarà suscettibile di terapia. L'obesità potrà essere controllata con la dieta.
5. Informare per tempo della possibile necessità della *terapia estrogena sostitutiva* per acquisire i caratteri sessuali.
6. Informare dei possibili *disordini di apprendimento* e della *difficoltà di socializzazione*.

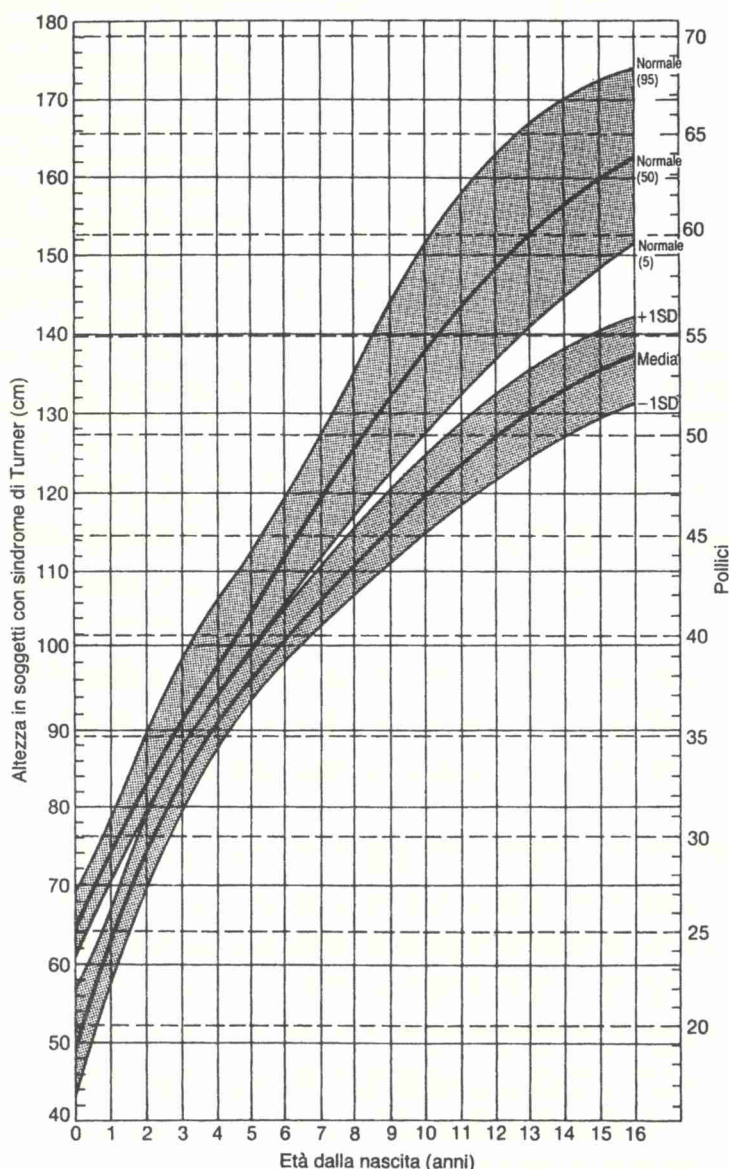


Fig. 17.22 Altezza in soggetti con sindrome di Turner, dalla nascita a 16 anni (da Pelz et al. (1981), Ikeda et al. (1982), Park et al. (1982)).



# 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.



# Vaxem<sup>®</sup> Hib

Il vaccino contro le infezioni da *Haemophilus influenzae* tipo b



## SCHEDE TECNICHE

**1. Denominazione della specialità medicinale** - Vaxem Hib (Vaccino anti-*Haemophilus influenzae* di tipo b).

**2. Composizione qualitativa e quantitativa** - Ogni singola dose di 0,5 ml di vaccino (ottenuta miscelando il contenuto del flacone con il contenuto della fiala-siringa) contiene: *Principio attivo*: 10 µg di oligosaccaride capsulare di *H. influenzae* tipo b coniugato a circa 25 µg di proteina Cross Reacting Material 197 (CRM 197). *Eccipienti*: 1 mg di idrossido di alluminio; 0,05 mg di sodio etilmercurio-tiosalicilato.

**3. Forma farmaceutica** - Sospensione sterile iniettabile.

**4. Proprietà farmacologiche e tossicologiche** - Il vaccino anti-*H. influenzae* tipo b è un vaccino glicconiugato costituito da oligosaccaridi capsulari del batterio coniugati ad un carrier costituito dalla proteina CRM 197, mutante non tossico della tossina difterica. L'*H. influenzae* tipo b è una delle più frequenti cause di meningite batterica nei bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni; esso può inoltre causare altre patologie invasive quali epiglottite, polmonite, pericardite, artrite e setticemia. Il polisaccaride capsulare del batterio rappresenta il suo principale fattore di virulenza; livelli di anticorpi antipolisaccaride >1 µg/ml, passivamente trasmessi o indotti mediante vaccinazione, proteggono dalle infezioni invasive determinate da *H. influenzae*. I vaccini anti-*H. influenzae* costituiti dal polisaccaride capsulare del batterio inducono una risposta immunitaria di tipo timo-indipendente insufficiente per immunizzare i bambini di età inferiore ai 18 mesi; nel Vaxem Hib la coniugazione alla proteina CRM 197 di oligosaccaridi derivati dal polisaccaride capsulare di *H. influenzae* trasforma in timo-dipendente la risposta immunitaria al saccaride, aumenta la produzione di anticorpi ed induce memoria immunologica per cui la somministrazione di dosi booster consente di incrementare il titolo anticorpale specifico. La sperimentazione preclinica e clinica del vaccino anti *H. influenzae* ha evidenziato la sua elevata tollerabilità ed immunogenicità. La somministrazione di 2-3 dosi di vaccino ha indotto livelli anticorpali ben superiori alla soglia di protezione quasi nel 100% dei vaccinati.

### 5. Informazioni cliniche

**5.1. Indicazioni** - Immunizzazione attiva dei bambini da 2 mesi a 5 anni di età contro le malattie invasive causate da *H. influenzae* tipo b.

**5.2. Controindicazioni** - Evitare la vaccinazione in caso di accertata ipersensibilità ai componenti del vaccino e durante qualunque affezione di tipo febbrile.

**5.2. Effetti indesiderati** - Pur essendo estremamente tollerabile, la vaccinazione può essere associata alla comparsa di reazioni a livello del sito di somministrazione (eritema, tumefazione, dolore) o reazioni di tipo febbrile.

**5.4. Speciali precauzioni per l'uso** - La somministrazione del vaccino in bambini affetti da immunodeficienze congenite e/o acquisite ed in quelli sottoposti a terapia corticosteroidica può dar luogo ad una risposta immunitaria limitata o insufficiente. Anche se il vaccino anti-emofilo può indurre la formazione di anticorpi antidifterici, la sua somministrazione non può

sostituire la normale vaccinazione antidifterica. Come per qualunque altro prodotto di origine biologica non può essere esclusa la comparsa di reazioni di ipersensibilità: mantenere disponibili adrenalina 1:1000 e corticosteroidi per trattare eventuali reazioni allergiche di tipo immediato. Evitare la somministrazione endovenosa.

**5.5. Uso in gravidanza** - La somministrazione del vaccino anti-emofilo non è raccomandata durante la gravidanza.

**5.6. Interazioni medicamentose** - Il vaccino anti-emofilo può essere somministrato contemporaneamente ai vaccini antidifterite/tetano, anti-difterite/tetano/pertosse, anti-poliomielite e anti-epatite B.

**5.7. Posologia e modo di somministrazione** - La schedula vaccinale consigliata per i bambini di età inferiore ai 12 mesi prevede la somministrazione di tre dosi di Vaxem Hib con un intervallo di 8 settimane tra l'una e l'altra. Nei bambini di età superiore ai 12 mesi generalmente si ottengono titoli anticorpali sensibilmente superiori alla soglia di protezione già dopo la seconda dose. Il vaccino va somministrato per via intramuscolare profonda, preferibilmente a livello della faccia antero-laterale della coscia nei bambini più piccoli. Per ottenere la dose vaccinale (0,5 ml), agitare e quindi iniettare la sospensione di idrossido di alluminio nel flacone contenente il vaccino. Agitare il flacone, aspirare l'intero volume della miscela ottenuta ed iniettare, per via intramuscolare.

**5.8. Sovradosaggio** - Non sono segnalati casi di sovradosaggio.

**5.9. Avvertenze** - Assicurarsi che l'ago della siringa non penetri nel lume di un vaso sanguigno.

**5.10 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Non sono riportati effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.

### 6. Informazioni farmaceutiche

**6.1. Incompatibilità** - Non sono riportati casi di incompatibilità.

**6.2. Stabilità** - Vaxem Hib, se conservato a temperatura compresa tra +2 e +8°C è stabile per 2 anni. La data di scadenza indicata sulla confezione si riferisce al prodotto in confezione integra, correttamente conservato.

**6.3. Precauzioni per la conservazione** - Conservare in frigorifero a temperatura tra +2 e +8°C. Evitare il congelamento.

**6.4. Natura del contenitore, confezioni, prezzo** - Flacone di vetro neutro tipo I, contenente 0,25 ml di vaccino + fiala siringa in vetro neutro, tipo I, contenente 0,25 ml di sospensione di idrossido di alluminio. Prezzo L. 45.000.

**6.5. Nome e ragione sociale del titolare A.I.C.**: Biocine S.p.A., Siena, via Fiorentina 1.

**6.6. Codice di A.I.C. e data di prima commercializzazione** - A.I.C. Ministero Sanità n. 028780029 flacone + fiala siringa.

**6.7. Eventuale tabella di appartenenza secondo la legge 22 dicembre 1975 n. 685** - Prodotto non soggetto alla suddetta legge.

**6.8. Regime di dispensazione al pubblico** - Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Biocine S.p.A., via Fiorentina 1, Siena.



# Vaxem<sup>®</sup> Hib

Il nuovo vaccino  
contro le infezioni da  
*Haemophilus influenzae*  
di tipo b



Otite

Cellulite

Artrite

Pericardite

Meningite

Epiglottite

Polmonite



SENZA OBBLIGO  
DI PRESCRIZIONE MEDICA

# BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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