

Aquaderni

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



Si gioca! alla ricerca dello stato sociale



Università degli Studi di Milano

CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PEDIATRIA DI COMUNITÀ

4^a serie di lezioni - esercitazioni
Cesena 6, 7, 8 Marzo 1997

6 marzo 1997

Argomento: il bambino con bisogni speciali (parte generale e speciale: fibrosi cistica, diabete; lezioni ed esercitazioni; riferimento di esperienze)

Tempi: ore 9-18

7 marzo 1997

Argomento: il bambino a rischio sociale; esperienze di individuazione della "patologia" da parte del pediatra di libera scelta; definizione dei bisogni; attivazione comunitaria di programmi assistenziali. Il problema dei nomadi.

Tempi: ore 8.30-18

8 marzo 1997

Argomento: l'educazione alla salute (possibili interventi, valutazione dei medesimi).

Tempi: ore 8-30-12.30

Caratteristiche: la partecipazione è riservata

- agli iscritti al corso di perfezionamento dell'Università di Milano;

- ad altri dieci iscritti alla sola serie di lezioni che si terranno a Cesena.

Adesioni: domanda d'iscrizione, con accluso breve curriculum, va inviata entro il 1° febbraio al "Modulo di pediatria di comunità" AUSL Cesena, via Brunelli 57, 47023 CESENA.

Tel/fax 0547/352142.

Quota di partecipazione: l'iscrizione avviene previa corresponsione di una quota di Lit. 150.000 (comprensiva di corso, due colazioni di lavoro, più materiale didattico) che verrà versata solo dopo l'accettazione.

Associazione Culturale Pediatri Campania

CORSO INTERATTIVO DI PEDIATRIA DI COMUNITÀ

Napoli 13-15 Febbraio 1997

Il corso è a numero chiuso, saranno ammessi 30 pediatri e 21 tra assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili che operano in strutture territoriali e che si occupano della salute del bambino.

Per informazioni: Luciano De Seta - Ospedale SS Annunziata

PENULTIMO (XIX) INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

Copanello 2, 3, 4 Maggio 1997

Sede: Hotel "Villaggio Guglielmo" di Copanello (Catanzaro)

- Cos'è la memoria - *De Rensi*

- Quanti raggi prende un bambino? - *Brizzi*

- La bronchite - *Panizon*

- Il mercato della salute - *Donzelli, Spinsanti, Tosolini, Panizon*

- È vietato - *Vignuda*

- I bisogni dell'adolescente (biologici e non) - *Vullo*

- Prendersi cura del malato con fibrosi cistica - *D'Andrea, Varano*

- La dimissione precoce del neonato e il p.d.b. - *Corchia*

- Novità in dermatologia pediatrica - *Bonifazi*

- La filosofia della riabilitazione - *Ferrari*

- Problemi di confine: il criptorchidismo, il varicocele - *Guglielmi, Vullo*

- Il naso chiuso - *Longo*

Gruppi di lavoro: Radiologia del torace, *Brizzi*; La valutazione dello stato nutrizionale, *Magazzù - Tedeschi*; Lo scoliometro, *Marinelli*; La convulsività nel primo anno di vita, *Tortorella*; L'addome acuto, *Guglielmi*; Neonatologia, *Corchia*; Protocollo delle anemie, *Vullo*; I dolori addominali ricorrenti, *Vignuda*; Le micosi cutanee, *Bonifazi*; Le emergenze respiratorie, *Longo*.

Segreteria organizzativa: Teresa Codamo e Pasquale Alcaro, Ospedale di Soverato. tel. 0967/ 5339223 o 0967/ 539237

Associazione Culturale Pediatri Lazio

I FANTASMI DELLA PEDIATRIA RITI E MITI

Roma, 8 marzo 1997

Sede: - Sala dello Stenditoio

Prima sessione - modera *Franco Panizon*

La pratica medica basata sull'evidenza. È possibile una medicina "razionale"? - *Silvio Garattini*. La prevenzione del nulla. Screening, bilanci di salute, educazione sanitaria: quali e quando - *Roberto Buzzetti*

Seconda sessione - modera *Pasquale Alcaro*

La chirurgia eccessiva. Il chirurgo: quando e come evitarlo - *Alessandro Calisti*. Il ricovero inefficace. Uso e abuso dell'ospedale - *Nicola d'Andrea*

Terza sessione - modera *Brunetto Boscherini*

Effetto placebo, effetto nocebo. Le altre "medicines" - *Paolo Nencini*. Cose inutili e divertenti - *Gruppo Pedibas R*. L'elucidazione diagnostica. Quali esami, quando e perché - *Giorgio Bartolozzi*

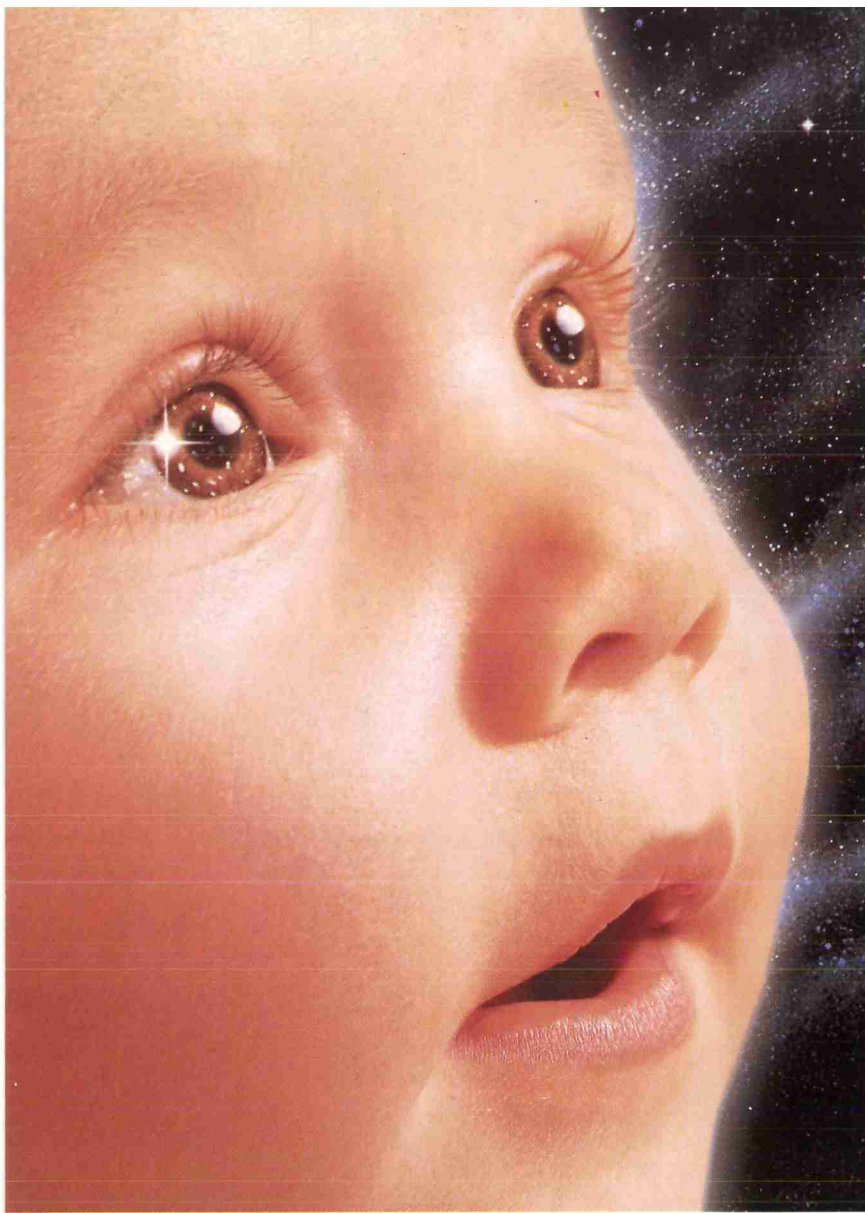
- **Conclusioni ... o no?!** *Marcello Orzalesi*



I bambini
di oggi
saranno
i ragazzi del
21° secolo



ABBOTT



La Nuova B l'infanzia.



ABBOTT

Similac FormulaPlus

la nuova era 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 α -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.

Associazione Culturale Pediatri
con il patrocinio di:
Amministrazione Comunale di Palermo
Amministrazione Provinciale di Palermo

IL BAMBINO A RISCHIO SOCIALE

un investimento eticamente necessario ed economicamente produttivo

Palermo 28 febbraio - 1 marzo 1997

Hotel "La Torre", Mondello

Venerdì - 28 febbraio

I sessione - Salute dei bambini ed emarginazione sociale

Coordina Donatella Natoli

9 - 9.20 La funzione delle associazioni culturali e professionali di fronte alle disuguaglianze nella salute infantile in Italia e all'estero
G. Biasini, Presidente ACP

9.20 - 9.40 L'emarginazione in Italia e i suoi effetti sulla salute dei bambini A. Priolisi, Università di Palermo

9.40 - 10.20 L'emarginazione infantile in Sicilia e Campania, alcune peculiarità di due realtà locali ad alto degrado socio-sanitario F. Pinzone, Osserv. Epidem. Ass. Sanità Regione Sicilia, G. Cirillo, Ospedale Annunziata Napoli

10.20 - 11 Discussione

11 - 11.20 La salute infantile come indicatore economico M. Bonati, Istituto Mario Negri Milano

11.20 - 11.40 I costi sociali dell'emarginazione infantile E. Mingione, Università di Milano

11.40 - 12 La città a rischio sociale: il bambino come risorsa F. Tonucci, consulente al comune di Palermo

12 - 12.15 Discussione

12.15 - 13.30 Conferenza stampa di presentazione del convegno introdotta dai Sindaci di Palermo e Napoli

13.30 - 14.30 Panini, pizzette, minerale, caffè

II sessione - Legislazione sociale, organizzazione sanitaria e scolastica

Coordina Giorgio Tamburlini

14.30 - 14.55 La legislazione sociale in Italia: discriminazione dell'infanzia?

L. Perna, Centro Regionale per l'iniziativa Comunitaria Reggio Calabria

14.55 - 15.20 I bambini fra la solitudine della famiglia e il disinteresse dello Stato P. De Nicola, Università del Molise

15.20 - 15.50 Cure e violenza, "zelo" e disinteresse: un paradigma unico per distinguere e progettare S. Fedele, Palermo - G. La Gamba, Catanzaro

15.50 - 16.30 Discussione

16.30 - 16.45 Break

16.45 - 17.10 La protezione e il sostegno dell'infanzia nei paesi "ricchi": una prospettiva comparativa C. Saraceno, Università di Torino

17.10 - 17.40 L'utilizzazione delle risorse nella gestione del bambino a rischio sociale L. Contarini, Ravenna; M. Farneti, Cesena

17.40 - 18.15 Discussione

18.15 - 19 La scuola: ricostruire il tessuto relazionale dei ragazzi e la solidarietà fra generazioni G. Fiorenza, consulente al comune di Napoli - F. Lorenzoni, maestro elementare

19 - 19.30 Discussione

Sabato - 1 marzo

III sessione - "Clinica" del bambino a rischio sociale: L'individuazione e la presa in carico da parte del pediatra del bambino a rischio sociale. Modalità consolidate per un problema nuovo

Coordina Nicola D'Andrea

9 - 9.20 Partire dall'epidemiologia R. Cusimano, Palermo

9.20 - 9.40 Il ruolo "sentinella" della pediatria di base G. Primavera, Palermo

9.40 - 10 Il pediatra in ospedale: referente spurio di problemi sociali L. De Seta, Napoli

10 - 10.20 Discussione

10.20 - 10.40 Il ruolo dell'assistente sanitaria nella presa in carico del bambino Gabriella De Luca, Palermo

10.40 - 11 La pediatria di comunità come coordinatrice degli interventi G. Acerbi, Milano

11 - 11.40 La rete protettiva dei servizi

Al Nord F. Ciotti, Cesena Al Sud G. Filippazzo, Palermo

11.40 - 12.10 Discussione

12.10 - 12.30 Break

IV sessione - Poster Coordina Giuseppe Cirillo

12.30 - 13.30 Presentazione e discussione di ricerche sul bambino a rischio sociale

Le ricerche dovranno essere inviate anche via Fax o E-mail alla segreteria organizzativa del convegno entro il 15 Febbraio 1997

13.30 - 14.30 Panini, pizzette, minerale, caffè

V sessione - I progetti possibili: la sanità e il sociale, alcune esperienze al Nord ed al Sud

Coordina Giancarlo Biasini

14.30 - 14.50 Il progetto di adozione sociale a Napoli: dal pronto soccorso all'intervento integrato alla nascita P. Siani, Napoli

14.50 - 15.10 L'esperienza dell'Albergheria a Palermo; un distretto che fa e che non c'è D. Natoli, Palermo

15.10 - 15.30 Disagio psicosociale: interventi integrati nel distretto sanitario A. Macaluso, P. Materassi, S. Pivetta e G. Tamburlini - Trieste

15.30 - 15.45 L'adozione sociale di minori a rischio a Messina. S. Conti Nibali e G. Giunta, Messina

15.45 - 16 L'esperienza allo Z.E.N. di Palermo, il ruolo dei servizi sociali L. Zanetti, Palermo

16 - 16.15 Disuguaglianza alla nascita e ruolo dei servizi nel primo anno di vita D. Baronciani, Lecco

16.15 - 16.40 Discussione

16.40 - 17 Break

17 - 17.45 Le possibilità degli Enti locali P. Puccio, Presidente della Provincia di Palermo L. Iacovoni, Assessore al Comune di Palermo, A. Scarpulla, Giudice tutelare dei minori a Palermo

17.45 - 18.20 Il progetto infanzia del governo italiano L. Turco, Ministro della solidarietà sociale

18.20 - 18.40 Discussione

VI sessione - Conclusioni e proposte Coordina Antonio Priolisi

18.40 - 19 Brevi relazioni conclusive e indicazioni operative a cura dei coordinatori delle sessioni

19 - 19.15 Discussione finale

Presidente del Convegno: Giancarlo Biasini - Cesena

Presidente onorario del Convegno: Moncef Marzouki - Tunisi

Coordinamento scientifico: Dante Baronciani, Giuseppe Cirillo, Luciano De Seta, Franco Dessi, Salvo Fedele, Giuseppe La Gamba, Michele Gangemi, Antonio Priolisi, Lucio Piermarini, Paolo Siani, Giorgio Tamburlini

P. R.: Ester Prina - Comunicazione P.R. - viale Boezio, 4 - 20145 Milano

Per prenotazioni Alberghiere: entro il 15 febbraio 1997

Rivolgersi a "Coop Vacanze" - via Pignatelli Aragona 22 - Palermo
Tel: 091/329075 Fax: 091/6111531.

Segreteria organizzativa: ACP Palermo c/o Salvo Fedele

viale G. Galilei, 99 - 90145 Palermo tel: 091/201553 fax: 091/303381

E-mail: sfedele@mbox.vol.it - Per ulteriori informazioni sul congresso ci si può collegare via internet alla pagina web:

<http://www.americaninternet.com/acp/congresso.htm>

Iscrizione al convegno: lire 200.000 da versare con assegno non trasferibile da spedire alla segreteria organizzativa intestato a Associazione Culturale Pediatri Palermo entro il 15 febbraio 1997.

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 - E-mail: gibia@cessn.unibo.it

Direttore Responsabile: Franco Dessì - Via Montiferru,
09070 Narbolia (OR) - E-mail: fdessi@mbox.vol.it

Redazione: Dante Baronciani, Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Salvo Fedele, Rosario Ferracane, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Lucio Piemarini, Paolo Siani
c/o Salvo Fedele - viale Galileo Galilei 99, 90145 Palermo
Tel: 091/201553 - Fax: 091/6732754

E-mail: sfedele@mbox.vol.it
http://www.americaninternet.com/acp

Progetto Grafico: Toni Saetta

Videoimpaginazione: Ignazio Bellomo

Disegni: il disegno di copertina è di Charlotte Hard tratto da "One green island" - Walker books - 1996, London. Le altre illustrazioni di questo numero sono tratte da "Protecting Infant Health" 7th edizione, pubblicato da International Baby Food Action Network Malaysia

P.R.: Ester Prina

Pubblicità: Comunicazione P. R.

- viale Boezio 4, 20145 Milano - Tel. 02/33604500

Casa Editrice: Editoriale Antiterza s.n.c. - via Maqueda 110,
90134 Palermo - Sede operativa e stampa: via Mogadiscio 2/c,
90135 Palermo - Tel. 091/224847 - Fax: 091/6732754. L'editore riconosce i diritti ai legali aventi diritto.

Quaderni ACP - Rivista bimestrale Volume III n° 6 Novembre/Dicembre 1996

Quaderni ACP è la rivista dell'Associazione Culturale Pediatri.

E' 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 dei medici e infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva, pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, 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 ai problemi 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.

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Spedizione in abbonamento postale comma 26 art. 2 Legge 549/95 - Palermo.

Tariffa di abbonamento per i non soci: Lit. 40.000 da versare sul c/c n.17010009 intestato a ACP sez. sarda, via San Francesco 7, 09070 Narbolia (OR)

S O M M A R I O

quaderni

- 4 Editoriale**
Abbasso lo stato sociale
Giancarlo Biasini
- 5 Appelli via ACP**
Un appello per il professor Moncef Marzouki
- 6 Congressi controllo**
Napoli - Venezia - Perugia
Rubrica redazionale
- 8 Ricerca**
Il basso peso alla nascita (L.B.W) fra i neonati italiani
Gruppo collaborativo per lo studio del neonato L.B.W.
- 13 Ricerca**
La proposta della segreteria per la ricerca ambulatoriale
Michele Gangemi
- 14 World-info**
Notizie di interesse sanitario dal mondo
Rubrica redazionale
- 16 Libri**
Le recensioni del mese
Nicola D'Andrea
- 18 Info**
Notizie dall'Italia
Rubrica redazionale
- 19 Info**
La rete ospedaliera
Federico Marchetti e Nicola D'Andrea
- 22 Osservatorio Internazionale**
Russia: strategie vaccinali, una lezione
Massimo Farneti
- 24 Diritti**
L'accesso del bambino immigrato ai servizi sanitari
L. Acerbi, L. Perletti
- 27 Organizzazione Sanitaria**
Accreditamento o certificazione
Materiale didattico del corso ACP per primari
- 28 Lettere**
Formazione attiva e collaborazione tra i gruppi
Spirito aperto
Pediatría di comunità, dov'è?
Farmaci & informatori
Fate la vera carità

ausili didattici

- 32 Leggere & Fare**
Informazioni pratiche per persone pratiche
Rubrica redazionale
- 36 Aggiornamento avanzato**
L'assistenza integrata al bambino oncologico
G. Masera e coll.
- 40 ABC in pratica**
I bambini con bisogni speciali: una rassegna bibliografica
Giuseppe Cirillo
- 42 Saper fare**
Occuparsi insieme del bambino con diabete mellito
Giancarlo Cerasoli
- 48 Un po' per gioco**
L'assurdo e il bizzarro sempre (o quasi) senza ostilità
rubrica redazionale

Abbasso lo stato sociale

le cose che molti non sanno e quelli che le sanno nascondono

di Giancarlo Biasini

Ci siamo trovati di fronte, nelle settimane scorse, ad un quadro che conosciamo bene e che, come Associazione Culturale Pediatri, abbiamo più volte denunciato in assoluta solitudine.

È noto da tempo, a chi abbia voglia di ragionare sui dati e sui numeri, che le politiche sociali italiane sono ultrasbilanciate a sfavore dell'infanzia ed a favore della popolazione adulta ed anziana; quella, per intenderci, che ha il suo punto di riferimento e di protezione nei sindacati.

La tabella che pubblichiamo e che abbiamo rielaborato è ben nota ed esprime chiaramente quello che si diceva sopra.

Se poniamo eguale a 100 la spesa sociale pro capite della popolazione anziana si ha che la spesa sociale per i bambini in Italia è la più bassa d'Europa, è pari a quelli degli USA (il che non è proprio un record) ed è assai al disotto di quella di tutti i paesi europei.

La spesa sociale pro capite per la popolazione 0-14 anni, inoltre, ha il rapporto in assoluto più sfavorevole rispetto a quella della popolazione adulta degli altri paesi industrializzati.

È un dato ben noto a chi si occupa di queste cose, anche se di questo non viene edotta la opinione pubblica che crede ferma-

mente che in Italia i bambini siano superprotetti.

D'altra parte la disuguaglianza italiana, rispetto ai paesi europei, è ammessa dallo stesso presidente dell'INPS. Il prof. Billia, infatti, in una dichiarazione alla stampa del 26 novembre, ha dichiarato che la spesa sociale italiana non differisce molto da quella europea, ma ha due dati che sono in contrasto con quelli dei paesi della CEE.

Questi due dati sono:

1. una spesa previdenziale per pensioni d'anzianità superiore alla media europea;

2. una spesa sociale per famiglia e maternità inferiore a quella europea (ed - aggiungiamo noi - un costo italiano degli alimenti per l'infanzia superiore del 40% a quello europeo).

In sostanza il riequilibrio è ottenuto mediante una discriminazione per la famiglia, la maternità e l'infanzia, sempre alla faccia di coloro che ritengono che l'infanzia sia, in Italia, un'area protetta.

Che dicono, di questa anomalia italiana, coloro che contano? Che va bene così: *"l'Europa non può interferire su come si distribuiscono le voci della nostra spesa sociale"*. Questo dice D'Antoni sul *Corriere della sera* del 29 novembre.

E veniamo a parlare della protezione sociale della famiglia sulla quale lo stato ha gettato, intero, il peso dell'infanzia.

In una situazione di squilibrio come questa sono arrivate la finanziaria e, con lei, la nuova IRPEF.

Il risultato è stato che chi ha un reddito annuale di 22.5 milioni e 2 figli avrà diritto a ben 180.000 (centottantamila) lire di detrazione per carichi familiari. Si noti che il vicepresidente del consiglio, in una dichiarazione al *Corriere della sera*, ha commentato *"chi ha un reddito di 23 milioni ne porta a casa 1 al mese"*. Quindi, con un milione al mese portato a casa, un cittadino si vede detrarre 180.000 lire che servono complessivamente a garantire forse 15 giorni di scuola materna per un figlio e 15 giorni di asilo nido per l'altro, o 3,5 kg di latte in polvere secondo i dati forniti da Lubrano nella trasmissione del 27 novembre. Si noti, sebbene i confronti previdenziali siano difficili, che in Germania le detrazioni per il primo e secondo figlio sono di 220 marchi l'uno.

Proseguendo nel cammino della tassazione è poi venuta l'euro-tassa. Il reddito del cittadino con 1 milione al mese (secondo

Spesa sociale pro capite Età	Bambini 0-14	Adulti 15-64	Anziani > 65
Canada	37	27	100
Francia	38	18	100
Germania	32	19	100
Italia	26	29	100
Giappone	42	25	100
Gran Bretagna	47	25	100
Svezia	43	18	100
Usa	26	18	100

(Secondo rapporto sulla famiglia in Italia, 1991)

Veltroni) è esonerato dall'imposta. Un successo! I 15 giorni di scuola materna e di asilo nido ed i 3,5 kg di latte continuano a essere garantiti.

Ma vediamo la condizione di chi guadagna appena un poco di più, ma non è certo *ceto medio*: chi ha un reddito di 30 milioni (1.400.000 al mese, sempre secondo Veltroni), ma con moglie e figli a carico, avrà una grossa detrazione: lire 65.000 (una settimana di scuola materna per un figlio e una settimana di asilo nido per l'altro o 1,250 kg di latte in polvere)! Chi ha un reddito di 40 milioni (1.800.000 al mese) avrà una detrazione ancora più grossa: 80.000 lire (10 giorni di scuola materna e 10 di asilo nido, o 1,5 kg di latte in polvere)!

E se li deve mantenere all'università?

Insomma, riprendendo un detto di un padre della patria, Pietro Nenni, possiamo dire che lo stato sociale italiano è "forte con i deboli e debole con i forti".

Il massimo dell'impudenza è stato raggiunto con l'episodio della fallita attribuzione di un contributo di solidarietà detratto nella misura del 2,5% dalle pensioni baby (5000 miliardi!).

L'episodio è tipico di questa debolezza con i forti: perché i pensionati baby sono, a tutti gli effetti, pensionati e "le pensioni non si toccano; i diritti sono garantiti dalla Costituzione".

Le forze unite della sinistra (un tempo - al tempo dei nonni - la sinistra non era con i deboli?) e del vecchio e devastante paternalismo si sono trovate concordi nel "respingere l'attacco" (sic!) all'evento più antisociale che la degenerazione dello stato sociale abbia prodotto in Italia.

Tra qualche settimana saranno resi noti i dati ufficiali del 1995 sulla natalità (già si conoscono: 1,1 figli per coppia) ed i sociologi torneranno a discutere sui perché della denatalità. Questi numeri, come al solito, non saranno tenuti in nessuna considerazione.

Anzi saranno accuratamente e forse volutamente trascurati.

Almeno se li ricordino i nostri 25 lettori (saranno 25?) di manzoniana memoria che sembrano essere rimasti gli unici, quasi disperati, avvocati dei bambini nell'assenza di qualsiasi segno di vita anche da parte di persone, gruppi, giornali che ritenevamo sensibili a questo problema.

Perfino la Chiesa sembra timida nel difendere i diritti della famiglia.

Un appello per Moncef Marzouki

medico di comunità tunisino

Il professor Moncef Marzouki, specialista in medicina di comunità in particolare dell'età pediatrica, professore dell'università di Sousse, Presidente della lega tunisina dei diritti dell'uomo è soggetto in Tunisia a una silenziosa, ma costante persecuzione.

Nell'ottobre del 1996 egli doveva partecipare alla riunione di Amnesty International a Stoccolma. Dei 120 delegati egli è stato il solo cui è stato negato dal suo governo il diritto di uscire dal suo paese.

Egli doveva ricevere a Stoccolma un premio per la sua attività in pediatria di comunità.

Non è la prima volta che ciò accade: gli è di fatto negato il diritto di tenere relazioni all'estero sui problemi dei quali è maestro, di ricevere premi e attestazioni di stima; il suo volume sulla medicina di comunità è stato tolto dalle librerie; egli non può ricevere posta in quanto gli viene confiscata per cui è inutile scrivergli; il suo telefono è sotto controllo.

Nel marzo del 1994 era stato arrestato e tenuto segregato per cinque mesi per avere concesso una intervista a un giornale spagnolo.

Poco prima dell'intervista aveva rilasciato una dichiarazione circa la sua intenzione di partecipare alle elezioni presidenziali nel suo paese.

I colleghi dell'ACP sono invitati ad aderire all'invito di Lancet (1996;348:1499) e a scrivere, prefribilmente in francese, lettere (evitando i toni controproducentemente offensivi) a

**Ms. Zine el Abidine,
Président de la République
Palais Présidentielle
Tunis/Carthage
Tunisia**

chiedendo la fine delle misure restrittive nei riguardi di tutti coloro che difendono i diritti dell'uomo e in particolare del prof. Moncef Marzouki, professore di grande fama all'estero, specialmente in medicina di comunità, i cui diritti umani sono seriamente negati.

Interessante sarebbe che i gruppi ACP chiedessero al Presidente Zine el Abidine l'autorizzazione a far venire in Italia, per relazioni ai congressi dell'Associazione, il prof. Moncef Marzouki. Il primo invito, quello per il congresso di Palermo di febbraio è già partito.

CAMPANIA

Incontri ACP

Circa 200 pediatri, 42% di base, 32% ospedalieri e 26% di comunità provenienti da Napoli, ma anche da Caserta, Benevento e Salerno hanno partecipato al confronto sulle infezioni delle vie urinarie e sul trattamento di bronchiolite e laringospasmo organizzato dall'ACP Campania e dall'ASL 5.

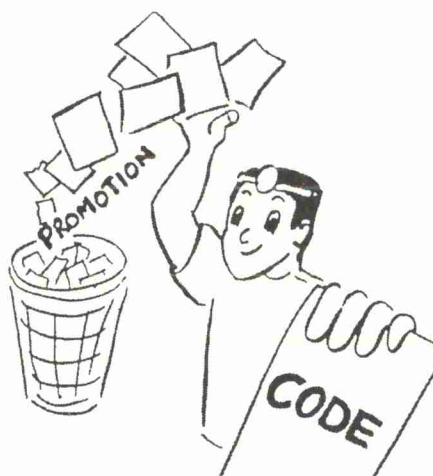
Gli organizzatori hanno cercato una nuova formula di aggiornamento puntando non soltanto su esperti universitari o ospedalieri ma anche sull'esperienza dei pediatri di base. Quattro colleghi di base con un bacino di utenza di circa 900 bambini per uno hanno revisionato la loro casistica di IVU alte degli ultimi 5 anni e hanno raccontato la storia naturale di questa malattia con tutte le difficoltà che hanno incontrato nel proprio studio, senza il conforto dei colleghi o l'ausilio del laboratorio. Sono stati raccolti 22 casi (9 maschi e 12 femmine) quasi tutti con un'età compresa tra 6 mesi e 3 anni. La febbre è stato il solo segno clinico di esordio. Undici bambini su ventidue hanno iniziato una terapia antibiotica entro 48 ore dall'inizio dei sintomi e 13 volte è stata scelta la via orale, solo tre hanno protratto la terapia per 14 giorni. I tempi per praticare le indagini strumentali sono stati diversi ma solo in 2 casi si è attesa una recidiva. In 9 casi è stato diagnosticato un RVU, in 5 dilatazioni delle vie urinarie, in 7 IVU alte isolate; in 2 casi infine sono state diagnosticate malformazioni complesse. Soltanto nove bambini su ventidue sono stati ricoverati in ospedale; tutti gli altri sono stati seguiti dal pediatra di base direttamente. Al termine sono stati posti dubbi, incertezze, problematiche a cui hanno tentato di dare risposte gli esperti universitari e il pubblico che come al solito partecipa attivamente alla discussione.

Conclusione: è stato organizzato un gruppo di lavoro formato da pediatri di base, ospedalieri e universitari che riscriverà un protocollo per l'approccio al bambino con IVU alta.

Più semplice la sezione dedicata al laringospasmo e alla bronchiolite dove sono

stati esposti i risultati della terapia con adrenalina per aerosol utilizzata dai colleghi degli ospedali Annunziata e S. Leonardo. Il tutto con un solo sponsor l'ASL 5, senza gadget, senza stand, ma con molti informatori farmaceutici fuori dall'aula a guardare, (e farsi vedere). Un bell'incontro senza fronzoli e senza sponsor a dimostrazione che l'aggiornamento lo si può fare da soli e anche nello studio del pediatra di base. Il tutto grazie anche all'ACP.

P.S.



VENEZIA

Continuing Medical Education in the European Union USA experience and Italian proposals

Questo incontro è stato organizzato dal prof. G. W. Canonica, Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Genova e segretario dello European Board of Allergology con la collaborazione della Historia Farmaceutici, nell'ambito delle iniziative del Continuing Medical Education Supporting Program di questa ditta che va "controcorrente". L'esplorazione di come negli USA vengano attuati i programmi di CME e la necessità sempre più attuale di ampliare le conoscenze per

garantire ottimali standard culturali e professionali, ha stimolato gli organizzatori di questo convegno, anche per porre in discussione varie istanze a tutt'oggi irrisolte, specie in Italia. È noto che l'educazione medica continua (Continuing Medical Education - CME) è da tempo oggetto di dibattito tra le Società Scientifiche nazionali, organi legislativi e anche associazioni internazionali come ad esempio l'UEMS (Unione Europea Medici Specialisti). Durante l'incontro si è cercato di mettere a confronto esperienze di CME "in vivo" dell'Annenberg Center for Health Sciences, Rancho Mirage California e di discutere la proposta di linee guida per la CME elaborata in seno all'UEMS. Negli Stati Uniti la CME è parte integrante del sistema sanitario e viene effettuata secondo rigorosi criteri gestionali e organizzativi con la collaborazione di numerose istituzioni nazionali che ne garantiscono gli standard e l'omogeneità nonché l'indipendenza da fini commerciali (Accreditation Council for Continuing Medical Education ACCME). Altri organi attivi nella CME sono l'Associazione Medica Americana, la Food and Drug Administration e l'Associazione delle Industrie Farmaceutiche. L'obbligatorietà della CME negli Stati Uniti permette il mantenimento del titolo di Specialista (*ricertificazione*), il mantenimento delle credenziali ospedaliere e il mantenimento dell'assicurazione per danni professionali. Il sistema è principalmente basato sull'aver seguito un certo numero di ore di corsi o congressi accreditati, talora però lontani dai bisogni informativi del singolo e probabilmente non è la soluzione ottimale (*vedi Quaderni ACP Marzo - Aprile 96*). L'Annenberg Center for Health Sciences, Rancho Mirage California è una grossa organizzazione accreditata per l'educazione medica continua che ha sviluppato nel corso degli anni nuove metodologie di didattica quali le videoconferenze, le audioteleconferenze interattive con utilizzo del video computer oltre a sviluppare ausili didattici audiovisivi o multimediali su CD-ROM. Attualmente si sta interessando in modo particolare della valutazione dei risultati della CME, sviluppando metodologie di analisi delle modificazioni dei comportamenti indotti dai programmi

di formazione continua. Nella seconda parte della giornata sono state analizzate, e brevemente discusse, la proposta di linee guida UEMS per la formazione continua che includono un possibile sistema di credit, gli standard per l'accreditamento di strutture dedite alla formazione continua e per la collaborazione commerciale.

Il sistema di Credit presentato prevede 80 ore di aggiornamento "accreditate" ogni due anni (30 tipo A, 50 tipo B): l'attività svolta come relatore a congressi nazionali o internazionali e la partecipazione in qualità di coautore a lavori pubblicati sembra fare la parte del leone in questa proposta per i credit tipo A. È molto difficile pensare come poter adattare un simile sistema alla realtà del pediatra di base. La partecipazione a congressi internazionali permette di ottenere credit di tipo A, mentre la presenza a congressi nazionali consente solo credit tipo B. Comunque si può arrivare a 25 ore di credit B con 2 ore alla settimana di lettura di riviste mediche. Questa proposta dovrà essere valutata, si spera, da tutte le società scientifiche e associazioni rappresentative di categoria per le opportune revisioni.

Sono stati poi presentati brevemente i criteri di accreditamento per istituzioni o associazioni che vogliano svolgere attività formativa "accreditata" e per possibili sponsor commerciali. L'Executive Board della UEMS è l'organismo preposto alla valutazione delle domande di accreditamento da parte di: Università Mediche, Società Scientifiche Nazionali o Europee, Ospedali e Associazioni che svolgano attività formativa. La domanda dovrà essere corredata da una descrizione minuziosa delle attività svolte e, qualora superi la prima fase, verrà effettuata una valutazione in loco, da parte di una commissione composta da 2 membri proposti dalle Società Scientifiche Nazionali (quali?) e un membro straniero indicato dall'UEMS. Pur se raramente questi dibattiti danno luogo a progetti operativi, i temi affrontati in questo incontro e le proposte presentate potrebbero permettere di generare un esempio pratico attuabile a breve termine, la cui rilevanza potrà essere tanto maggiore quanto più ampia sarà la collaborazione tra le varie parti interessate.

S. Del Torso

PERUGIA pillole e ... sciroppo

Perugia: splendida città, storia, cultura, grandi tradizioni culinarie ... aggiungete un clima mite e delle giornate serene e il gioco è fatto. Unica avvertenza non capitateci in occasione delle Dodicesime Giornate Perugine di aggiornamento in pediatria di base. Una delle caratteristiche delle Giornate è quella di aprire il mondo pediatrico alla città, di discutere insieme ad altri uscendo dai nostri specialismi. Si inizia il lavoro alle 9 del mattino con una sessione su argomenti inusuali: l'abuso, la televisione, il bullismo.

La gente c'è e interviene. Ci si rende conto man mano che le relazioni e gli interventi si susseguono e che i colleghi perugini hanno colto nel segno. I tempi sono maturi perché si inneschi un processo di confronto tra realtà diverse (la sanità, la scuola, la giustizia ...) per affrontare i nuovi temi relativi all'infanzia. Non tutto è chiaro, diverse sono le opzioni che si presentano e (come dice Panizon) non si possono trarre conclusioni ma si è aperto un nuovo fronte per la pediatria italiana. Forse si arriverà a un documento congiunto tra pediatri perugini e operatori della scuola sul problema televisione; non è detto che esso conterrà solo verità o che non siano praticabili approcci diversi al tema, l'importante è che l'orizzonte si allarghi. Non si tratta quindi di argomenti sciropposi. I corridoi fuori dalla sala sono vuoti anche durante il confronto

sulle esperienze del sistema sanitario inglese (fa eccezione Franco Dessì che raccoglie iscrizioni all'ACP). Ma quelli dentro saranno davvero pediatri?

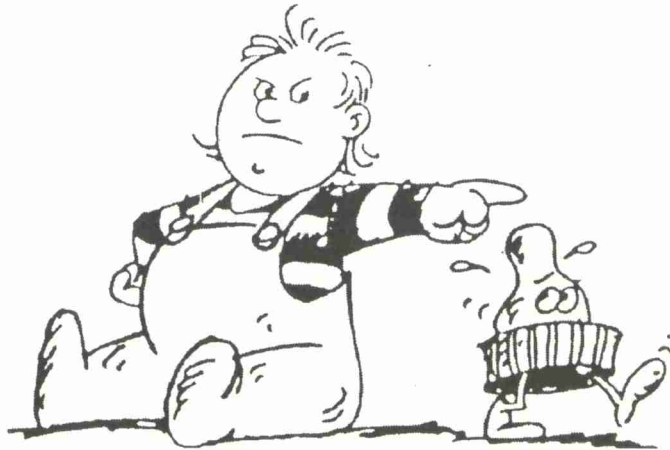
Lo sono e lo si rileva dalle loro domande sia nei dibattiti inusuali (per la pediatria ufficiale) sia durante le "pillole" somministrate dai diversi relatori con approccio quasi sempre intrigante. Tra le "pillole" quella di Luigi Greco sul fatto che la celiachia "è tutta un'altra cosa" è davvero magistrale: storia, geni, ricerca, terapia ... ovvero la fantasia partenopea al potere. E arriva il momento del "caso" proposto da Pasquale Alcaro. Mentre lo ascolto mi assale il dubbio sulla esatta localizzazione geografica di Soverato; è sicuramente a Nord della Padania. È così difficile ascoltare nel nostro Paese una riflessione sugli errori che il dubbio è legittimo. Perché non istituamo una rassegna degli "errori indimenticabili"? Quale miglior mezzo per imparare?

Le "novità" secondo Franco Panizon concludono le giornate.

Infine le critiche: qualche novità in meno e un po' più di tempo per discuterne la portata potrebbe essere un obiettivo delle prossime giornate (il programma è definito in quasi tutti i particolari). Ah dimenticavo che nel corso della serata dedicata al sostegno di Emergency è stato presentato il nuovo inno di coloro che si occupano di celiachia: "In galera li panettieri" della Nuova Compagnia di Canto Popolare.

Arrivederci alle tredicesime giornate e se vi interessa vedere Perugia ... andateci in un'altra occasione.

D.B.



Il basso peso alla nascita (L.B.W.) fra i neonati italiani

I risultati di uno studio multicentrico sui fattori di rischio

Gruppo collaborativo per lo studio del neonato di basso peso

Maurizio Bonati*, Roberto Ferraro*, Daniela Miglio*, Elena Sanvito*, Andrea Violante*, Grazia Colombo**, Nanda Siliprandi**, Chiara Zorloni**, Patrizia Vergani**, Patrizia D'Oria**, Anna Calabro°, Laura Pennisi°, Maria Serena Lungarotti°, Giovanni Gilardi°, Giancarlo Barboni°, Bruno Brunelli°, Carla Lupi°, Cristina Sideli°, Vincenzo Lauro°, Giuseppe La Gamba°, Alfredo Gatto°, Rossella Galiano°, Carmela Mellace°, Vito Clemente°, Salvatore Pascale°

Laboratorio per la salute materno-infantile, I.R.F. M. Negri, Milano*

Divisioni di Neonatologia degli Ospedali di Monza**, Perugia°, Catanzaro°

I neonati con peso alla nascita inferiore ai 2.500 grammi (L.B.W.) rappresentano, globalmente, il 17 % di tutti i nati nel mondo. Notevoli sono le variazioni regionali (il 21% dei nati in Asia ed il 6% in Europa), fra i singoli paesi e fra le aree di uno stesso paese (p.e.: il 4% della Norvegia vs. il 50 % del Bangladesh).

Contro questi estremi, il basso peso alla nascita (da prematurità o da insufficiente crescita fetale) costituisce la principale causa di mortalità neonatale e infantile, e di rischio di successiva morbilità, in tutte le aree del mondo, indipendentemente dal loro grado di sviluppo.

Le molte informazioni raccolte negli ultimi decenni hanno consentito a M.S. Kramer di delineare, nel 1987, un quadro sistematico dei potenziali fattori determinanti.

Linee guida sono state tracciate per la ricerca futura sulle principali cause e sulle strategie più efficaci da adottare nei paesi sviluppati e in quelli in via di sviluppo.

Ma la povertà di risorse umane, tecniche e finanziarie da un lato e la scarsità di attenzione, interesse e opportunità dall'altro condizionano fortemente l'avanzamento di tali ricerche.

In Italia l'incidenza dei nati con basso peso si è assestata, negli ultimi decenni, al 6% con differenze regionali significative (4,9-7,8%) ed è all'origine del 70% della mortalità feto-infantile. Ma l'influenza di ognuno dei fattori di rischio ormai noti e consolidati non è stata ancora valutata nella popolazione italiana. Scopo di tale studio caso-controllo è stato proprio quello di valutare l'associazione fra il basso peso e le differenti condizioni psico-sociali, socio-demografiche e sanitarie in tre aree del nostro Paese.

Metodi

Lo studio è stato svolto presso gli ospedali di Monza, Perugia e Catanzaro, fra il giugno 1993 e il marzo 1995 e ha riguardato i nati singoli e non affetti da malformazioni congenite gravi. Alla nascita di ogni neonato con basso peso sono stati selezionati due neonati normali (quello precedente e il successivo), dello stesso sesso e con età gestazionale compresa fra 37 e 42 settimane. Nell'insieme, sono stati considerati 747 neonati (249 casi e 498 controlli).

Le loro mamme sono state intervistate entro le 72 ore dal parto dai pediatri del rispettivo ospedale. Il questionario prevedeva la raccolta di informazioni riguardanti variabili socio-demografiche, l'attività lavorativa delle donne, le caratteristiche abitative, le condizioni psicosociali, il consumo di alcolici e nicotina nel corso della gravidanza e l'anamnesi ostetrica.

L'analisi dei dati raccolti è stata compiuta presso il centro di coordinamento (il Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto M. Negri di Milano). Dopo l'opportuna valutazione qualitativa dell'accuratezza nella raccolta, le stime quantitative degli effetti delle singole condizioni considerate sono state compiute impiegando l'Odds Ratio con intervalli di confidenza pari al 95%, il test chiquadro e la stratificazione insieme al metodo Mantel-Haenszel per la esclusione di potenziali effetti confondenti. La gestione e l'analisi dell'insieme dei dati è stata compiuta con l'impiego dell'EPI6 software.

Risultati

Fra i neonati LBW, il peso alla nascita variava da 480 a 2490 grammi, la loro età gestazionale fra le 23 e le 41 settimane,

Tabella I: Caratteristiche dei neonati

Variabile		Casi (n° 249)	Controlli (n° 498)
Peso alla nascita (gr)	media \pm ds	1911 \pm 521	3293 \pm 342
	range	480 - 2490	2520 - 4030
	mediana	2090	3300
Età gestazionale (sett.)	media \pm ds	34.9 \pm 3.8	39.5 \pm 1.2
	range	23 - 41	37 - 42
	mediana	36	40
Prematurità	si	149	-
	no	100	498
Small for date	si	124	-
	no	125	498
V.L.B.W.	si	49	-
	no	200	498
Sesso	maschi	115	228
	femmine	134	270
Ricovero in T.I.N.	si	112	-
	no	137	498
Degenza (gg)	media \pm ds	24 \pm 26	4 \pm 2
	range	2 - 148	1 - 18
	mediana	16	4

Tabella II: Distribuzione dei fattori socioeconomici materni

Variabile		Casi (n° 249)	Controlli (n° 498)	OR	IC 95%
Educazione (aa)	< 6	16	135	0.15	0.1 - 0.3
	6 - 10	84	172	1.0	0.6 - 1.4
	11 - 14	105	136	1.0	-
	> 15	41	49	1.0	0.6 - 1.8
	Condizione anagrafica	coniugate	235	479	1.0
	altro	14	19	1.5	0.7 - 3.2
Reddito familiare annuo (in milioni di lire)	< 15	33	68	1.1	0.6 - 1.8
	16-30	78	176	1.0	-
	> 31	109	219	1.1	0.8 - 1.6
	ignoto	29	35	1.9	1.0 - 3.4
Lavoro extra domestico	si	159	292	1.2	0.9 - 1.7
	no	90	206	1.0	-
Occupazione	casalinghe	88	198	1.0	-
	operaie	42	70	1.3	0.8 - 2.2
	insegnati	93	172	1.2	0.8 - 1.8
	studentesse	26	58	1.0	0.6 - 1.7
	professioniste				
Abitazione	proprietà	72	176	0.7	0.5 - 1.0
	altro	177	322	1.0	-
N° stanze	< 3	45	38	2.1	1.3 - 3.5
	> 3	195	456	1.0	-
N° membri della famiglia	< 3	127	241	1.2	0.9 - 1.7
	3-4	95	219	1.0	-
	> 5	21	34	1.4	0.7 - 2.7

quelli piccoli per l'età gestazionale erano il 50% ed il 60% quelli pretermine.

Non si sono evidenziate differenze significative, fra l'insieme dei casi e dei controlli, per l'età materna (30 vs. 29.5) e gli anni di istruzione (11 vs. 9). Fra i fattori socioeconomici, solo per il grado di istruzione materna e per le caratteristiche abitative, è stata rilevata una differenza statisticamente significativa: il basso peso è risultato meno ricorrente fra le donne con un basso grado di istruzione e fra quelle con un'abitazione di almeno tre vani.

Non si è evidenziata alcuna associazione con l'altezza e il peso materno, la parità e il numero di gravidanze precedenti.

Significative correlazioni sono state invece rilevate fra il basso peso e i fattori di rischio relativi al decorso della gravidanza quali l'inappropriatezza delle cure ed eventuali problemi insorti nel corso della gestazione. Insufficienti cure prenatali (meno di quattro visite, meno di 3 ecografie), l'ipertensione, la rottura prematura delle membrane, minacce d'aborto o di parto pretermine aumentavano significativamente il rischio di LBW.

Fra le donne con problemi in gravidanza, era stato comunque maggiore il numero delle visite, delle ecografie, delle amniocentesi e dei tagli cesarei.

Il rischio per LBW è risultato inversamente proporzionale all'incremento del peso durante la gravidanza, con differenze significative per incrementi inferiori ai 10 kg. Il consumo di nicotina e l'attività lavorativa svolta nell'ultimo periodo di gravidanza erano associati con un maggior rischio per il basso peso.

Dall'analisi statistica di più associazioni combinate fra i vari fattori di rischio considerati, il rischio è risultato più elevato fra le donne affette da ipertensione, con un grado di istruzione medio-alto, con minacce d'aborto o di parto preter-

Tabella III: Distribuzione dei fattori biologici materni

Variabile		Casi (n° 249)	Controlli (n° 498)	OR	IC 95%
Età (aa)	< 25	45	62	2.1	1.3-3.5
	25-29	63	183	1.0	
	30-34	86	177	1.4	0.9-2.1
	35 e >	52	75	2.0	1.2-3.2
Peso (kg)	< 50	33	51	1.2	0.7-2.1
	50-59	95	184	1.0	
	60-69	42	117	0.7	0.4-1.1
	70 e >	39	51	1.5	0.9-2.5
Altezza (cm)	< 155	28	38	1.6	0.9-3.0
	155-159	45	66	1.5	0.9-2.5
	160-164	65	145	1.0	
	165-169	44	107	0.9	0.6-1.5
	170 e >	23	49	1.0	0.6-1.9
Gravidanze	primigravide	123	234	1.1	0.8-1.5
	multigravide	126	264	1.0	
Parità	primipare	152	273	1.3	0.9-1.8
	multipare	97	225	1.0	
Insufficienti Controlli ostetrici	si	71	97	1.6	1.1-2.4
	no	178	401	1.0	

Tabella IV: Distribuzione dei fattori psicosociali e dei supporti sociali

Variabile		Casi (n° 249)	Controlli (n° 498)	OR	IC 95%
Gravidanza desiderata	si	127	298	1.0	
	no	122	200	1.4	1.0-2.0
Partecipazione a corsi di preparazione al parto	si	53	160	1.0	
	no	196	338	0.6	0.4-0.8
Abitudine al fumo	si	41	34	2.7	1.6-4.5
	no	208	464	1.0	
Consumo di alcolici	si	34	82	0.8	0.5-1.3
	no	215	416	1.0	
Attività lavorativa nell'ultimo periodo	si	41	33	2.8	1.7-4.7
	no	208	465	1.0	
Ansia e turbe psicologiche	si	80	114	1.6	1.1-2.3
	no	169	384	1.0	
Ansia per la salute feto-neonatale	si	117	188	1.5	1.1-2.0
	no	132	310	1.0	
Nascita LBW temuta o attesa	si	120	193	1.5	1.1-2.0
	no	129	305	1.0	

mine con uno scarso incremento ponderale, con abitudine al fumo in gravidanza, con precedenti neonati LBW e ancora fra quelle che avevano avuto una rottura prematura delle membrane nel corso della gravidanza considerata.

Analoga analisi è stata compiuta considerando le singole sottopopolazioni relative a ognuno dei tre ospedali considerati. Fra le donne di Monza solo quattro variabili sono risultate significative nel senso atteso: il grado di istruzione, l'ipertensione, lo scarso incremento ponderale e l'abitudine al fumo. Fra le mamme di Perugia minacce d'aborto o di parto pretermine, lo scarso aumento del peso e l'ipertensione sono risultate le uniche variabili significative. Per il terzo ospedale (Catanzaro), solo per l'ipertensione è stata riscontrata una significativa correlazione con il basso peso. L'ipertensione rappresenta quindi il fattore di rischio maggiormente ricorrente.

Discussione

Il basso peso alla nascita può essere secondario a uno specifico problema di salute quale l'ipertensione, la rottura prematura delle membrane o la prematurità del parto.

Ma anche fattori psicosociali, come l'abitudine al fumo, le cure prenatali, il lavoro in gravidanza e il livello abitativo vanno considerati non solo per identificare l'eziologia del LBW ma per pianificare strategie e programmi per ridurre l'incidenza.

Dei 34 fattori considerati nel nostro studio, sette sono risultati significativamente associati con il LBW. Benché tali associazioni siano state già da tempo acquisite e documentate, la loro verifica non era ancora avvenuta nel nostro Paese.

Benché diversi limiti connotino questo studio le conclusioni di precedenti analoghe indagini, altrove compiute, convalidano la attendibilità e la validità dei risultati ottenuti. Il rilievo del ruolo preminente dell'ipertensione concorda con i risul-

Tabella V: Distribuzione dei fattori relativi alla gravidanza

Variabile		Casi (n° 249)	Controlli (n° 498)	OR	IC 95%
Avvio delle cure prenatali (trimestre)	primo	224	457	1.0	0.5-1.9
	secondo-terzo	18	35	1.0	1.7-8.7
	nessuna cura	7	6	2.4	
Tipo di cure	prenatale				
	private	171	348	1.0	0.7-1.4
N° di visite	pubbliche	68	137	1.0	
	< 4	44	40	2.6	1.6-4.3
N° Ecografie	4-9	187	444	1.0	
	10 e >	18	14	3.0	1.4-6.8
	< 3	38	77	1.5	0.9-2.5
	3-4	80	248	1.0	
Amniocentesi	5-6	64	108	1.8	1.2-2.8
	7 e >	67	65	3.2	2.0-5.0
	si	53	44	2.8	1.8-4.4
Rottura prematura delle membrane	no	196	454	1.0	
	si	28	25	2.4	1.3-4.4
Taglio cesareo	no	221	473	1.0	
	si	109	58	5.8	3.9-8.6
Incremento del peso gestazionale (kg)	no	140	432	1.0	
	< 5	16	5	8.7	2.9-31.1
	5-9	86	85	2.8	1.9-4.1
	10-14	105	287	1.0	
Ipertensione	15 e >	33	116	0.8	0.5-1.2
	si	55	12	11.5	5.9-24.0
Anemia clinica	no	194	486	1.0	
	si	21	56	0.7	0.4-1.3
Minacce d'aborto o parto pretermine	no	228	442	1.0	
	si	77	86	2.1	1.5-3.8
	no	172	412	1.0	

tati dei tanti studi che hanno da tempo documentato la elevata morbilità e mortalità fra le gravidanze complicate dalla ipertensione. Sono state ampiamente documentate le associazioni fra le minacce d'aborto o di parto pretermine, la rottura prematura delle membrane e il LBW.

È anche ampiamente documentata l'associazione fra la bassa scolarità materna e il basso peso ma rispetto a ciò i risultati del nostro studio discordano. Per comprendere tale differenza sono necessarie indagini specifiche, area-based, per la individuazione di sottogruppi etnici e geografici fra le donne che partoriscono neonati di basso peso.

In accordo con le precedenti conoscenze, è stata rilevata una forte correlazione fra un incremento del peso materno inferiore ai 10 kg durante la gravidanza e il LBW. Non è stata invece confermata una significativa correlazione fra il peso pregravidico, l'incremento del peso durante la gravidanza e il peso del neonato alla nascita. E così nessuna associazione è stata rilevata fra il peso materno e l'indice della massa corporea pregravidica e il LBW. Pertanto sembrerebbe opportuno monitorare l'incremento del peso nel corso della gravidanza indipendentemente dal peso corporeo iniziale e soprattutto adottare adegua-

te misure nutrizionali nel caso di insufficiente incremento ponderale.

Sono stati confermati i già noti effetti negativi della nicotina sul peso del neonati. Soprattutto, è stato riconfermato il ruolo di cofattori di tale abitudine e dello scarso incremento del peso in gravidanza per la ricorrenza del LBW. Quanto sia all'origine di tale recidività non è ben noto ma è molto probabile che accanto a componenti genetiche o fattori intergenerazionali anche abitudini e comportamenti possano determinare tale ricorrenza.

In Italia gli sforzi per ridurre il LBW alla nascita dovrebbero essere soprattutto rivolti, prima della gravidanza, alle donne con precedenti neonati di basso peso e alle donne fumatrici nel tentativo di ridurre tale abitudine. Nel corso della gravidanza sarebbero necessari un adeguato monitoraggio dell'incremento ponderale e della pressione arteriosa e un tempestivo trattamento nel caso di improvvise e intempestive contrazioni uterine o di minacce di travaglio pretermine.

Non avendo rilevato significative differenze per il livello di assistenza offerto presso i tre centri considerati, il diverso peso riscontrato fra i vari fattori nel determinare il basso peso alla

nascita è presumibilmente conseguente a differenze locali di popolazione: abitudini di vita, adeguatezza delle cure prenatali. Molti studi hanno dimostrato un ridotto rischio di nascite LBW fra le donne che abbiano ricevuto adeguati consigli sui comportamenti e sullo stile di vita, come parte delle loro cure prenatali. I risultati di questo studio sottolineano la necessità di specifici e appropriati metodi di indagine poiché le connotazioni demografiche variano molto da un'area all'altra dello stesso paese.

Essendo ancora poco nota la forma più efficace di prevenzione e trattamento dei fattori associati al basso peso alla nascita c'è molto ancora da ricercare; è auspicabile pertanto la costituzione di una rete permanente per il rilievo continuo dei fattori di rischio più incidenti e l'adeguatezza degli interventi, attraverso protocolli collaborativi prospettici.

Il contributo della epidemiologia per un'efficiente ed efficace impiego delle risorse pubbliche può rappresentare un'importante sfida nei prossimi anni alla attuale crisi del sistema sanitario nazionale italiano. Nello specifico gli esiti delle gravidanze, e la nascita dei nati sotto peso in particolare, possono costituire forti indicatori per la valutazione di programmi di intervento e per una migliore comprensione delle differenze regionali. Il presente studio rappresenta una prima esplorazione dei potenziali fattori di rischio associati con il basso peso alla nascita nel nostro Paese.

Ringraziamenti

Ringraziamo: le gestanti che si sono rese disponibili ad essere intervistate, le ostetriche e le infermiere degli ospedali partecipanti e Marisa Pola, Anna Maria Batti e Grazia Honegger Fresco dell'Associazione Centro Nascita Montessori di Roma che hanno collaborato alla realizzazione dello studio; Tiziana Castoldi per l'aiuto segretariale; Judy Baggot per l'assistenza editoriale.

Bibliografia

1. Behrman RE. Preventing low birth weight: a pediatric perspective. *J. Pediatr* 1985;107:842-54.
2. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Low Birth Weight. A tabulation of available information. Geneva; World Health Organization - UNICEF 1992.
3. Puffer RR, Serrano CV. Patterns of birthweights. Pan American Health Organization, *Scientific Publication N° 504*, 1987.
4. *The World Health Report 1995*. Bridging the gaps. Geneva; World Health Organization 1995.
5. Nahata MC. Status of child health worldwide. *The Annals of Pharmacotherapy* 1992;26:559-61.
6. McCormick MC. The contribution of low birthweight of infant mortality and childhood morbidity. *N. Engl. J. Med.* 1985;312:82-90.
7. Health Technology Case Study 38. Neonatal Intensive Care for low birthweight infants: costs and effectiveness. Washington, Office of technology assessment (OTA), 1987.
8. Escobar G, Littenberg B, Petitti DB. Outcome among surviving very low birthweight infants: a meta-analysis. *Arch. Dis. Child* 1991;66:204-11.
9. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 1987;65:663-737.
10. Bonati M., Balocco R. Low birthweight infants. *The Kangaroo* 1992;1: 58-65.
11. Parazzini F, Pirota N., La Vecchia C. Determinants of perinatal and infant mortality in Italy. *Rev. Epidim. et Santi Publ.* 1992;40: 15-24.
12. Mc Anarney EL, Stevens-Simon C. Maternal psychological stress/depression and low birth weight. Is there a relationship? *AJDC* 1990;144:789-92.
13. Illsley R, Mitchell RG. Low Birth Weight: a Medical, Psychological and Social Study. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, John Wiley & Sons, 1984.
14. Raine T, Powell S, Krohn M. The risk of repeating low birth weight and the role of prenatal care. *Obstet Gynecol* 1994;84:485-9.
15. Homer CJ, James SA, Siegel E. Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birthweight delivery. *Am. J. Public Health* 1990;80:173-7.
16. Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. The relation between psychosocial job strain, and preterm delivery and low birthweight for gestational age. *Int. J. Epidemiol.* 1994;23:764-74.
17. Pritchard CW, Teo PYK. Preterm birth, low birthweight and the stressfulness of the household role for pregnant women. *Soc. Sci. Med.* 1994;38:89-96.
18. Savitz DA, Olshan AF, Gallagher K. Maternal occupation and pregnancy outcome. *Epidemiology* 1996;7:269-74.
19. Vineis P, Paci E. Epidemiology and the Italian national health service. *J. Epidemiol Community Health* 1995;49: 559-62.
20. Svenningsen NW. Geography and the preterm neonate. *Acta Paediatr* 1996;85:5-6.



La ricerca in pediatria ambulatoriale

Riflessioni e proposte per una discussione

di Michele Gangemi

Premessa

La giornata dedicata alla ricerca in Pediatria ambulatoriale all'ultimo congresso ACP ha visto la presenza di 150 Pediatri ed ha confermato l'interesse in questo settore, ancora in fase di crescita e bisognoso di ristrutturazione.

Dalle relazioni di Bonati e Marchetti è apparso chiaro che, nonostante alcuni prodotti quasi sempre apparsi su *Medico e Bambino*, i risultati conseguiti dai pediatri ambulatoriali Italiani non appaiano adeguati agli sforzi prodotti.

Riteniamo che una corretta lettura delle vere priorità non sempre sia stata fatta e che l'organizzazione della rete ACP a livello centrale debba essere ripensata, anche alla luce dell'esperienza americana illustrata dal Prof. Dewitt.

Non possiamo nascondere che il ruolo della SERPA (la società europea di ricerca in pediatria ambulatoriale) in ambito europeo, nonostante il contributo italiano in termini di idee e proposte (vedi congresso di Garda) sia risultato modesto e abbia poco contribuito alla crescita dei ricercatori e alla visibilità dei prodotti. Pensiamo pertanto sia fondamentale ottimizzare lo sforzo di tutti e aiutare la crescita sul campo dei ricercatori che potrebbero rappresentare un patrimonio assai importante per i sicuri sviluppi della ricerca in ambito extra ospedaliero, basti pensare infatti all'attenzione dell'Industria alla sperimentazione di molti farmaci in questo ambito che rappresenta il "setting" più vicino alla realtà pediatrica.

Proposte

1) Collegamento tra i gruppi locali per via telematica: sembra ormai matura la possibilità di un collegamento in rete tra i referenti dei gruppi stessi, costituendo una lista di discussione, sul modello di varie liste già esistenti nella medicina generale, e inviando suggerimenti e proposte su ricerche in fieri.

È stato evidenziato da un censimento della segreteria ACP del maggio '96 che esiste un sommerso che neanche alcuni gruppi locali conoscono e che rappresenta un reale problema di dispersione di risorse umane.

2) Registro delle ricerche in corso: sembra indispensabile poter conoscere le aree di interesse dei singoli gruppi, per evitare inutili doppioni e per poter fornire supporti, qualora richiesti. Sottolineiamo infatti che nessuno vuole limitare le attività di ricerca a carattere locale, che possono servire come audit al gruppo stesso. Per un problema di numeri, poco potrà essere concluso però da questo tipo di ricerche.

3) Formazione dei ricercatori: è sicuramente il punto cruciale a cui sia l'ACP che il Negri stanno dedicando la loro attenzione con iniziative concrete quali "BELLA", (un corso per la formazione dei ricercatori in pediatria ambulatoriale) e i seminari di epidemiologia. Va ricordato che il percorso di "BELLA" prevede due anni di formazione teorico-pratica alla ricerca in pediatria ambulatoriale e vede coinvolti i rappresentanti di 20 gruppi locali.

4) Segreteria centrale: ha un ruolo importante nella lettura delle priorità a cui indirizzare le future ricerche, coinvolgendo dall'inizio i rappresentanti dei gruppi.

Potrà inoltre fornire consulenza a richiesta nella fase di ideazione e progettazione di ricerche proposte dai gruppi se vorranno avere l'avallo dell'ACP. Visti questi compiti riteniamo che debba essere composta, oltreché dalla rappresentanza di alcuni gruppi locali, da Pediatri con esperienza di ricerca o di valutazione e da un epidemiologo.

Andrà individuato di volta in volta un pediatra con esperienza nell'area della ricerca proposta.

La segreteria si occuperà dei collegamenti in ambito europeo e internazionale e potrà attivarsi per il reperimento dei fondi in ambito pubblico, se possibile, e secondariamente in ambito privato, determinandone le regole. Sembra inoltre indispensabile il collegamento con quelle istituzioni (Negri e Burlo - Garofolo) con cui si è già collaborato e che rappresentano sicure garanzie sia dal punto di vista etico che metodologico. Alla fine di queste riflessioni, attendiamo commenti e suggerimenti.

CRETA

La colpa fu del baccalà

È da *Lancet* (1996;348:742) che abbiamo imparato che la famosissima diarrea che ha colpito i 400 passeggeri italiani sui 1300 in crociera nel mediterraneo, nelle acque di Creta, è stata cagionata non dalla ipotizzata Salmonella, ma dalla Shigella dysenteriae (febbre dolore addominale, diarrea acquosa ed ematica). Si sono ammalati solo i passeggeri che avevano mangiato baccalà mantecato.

I membri dell'equipaggio si sono salvati dal disturbo: sempre baccalà avevano mangiato, ma cotto in maniera più semplice e comunque non mantecato. Quando si dice ... la cucina elaborata.

USA

E GRAN BRETAGNA

Finisce che la sindrome del golfo forse c'è

Il Pentagono muta registro sulla sindrome del golfo (problemi respiratori e intestinali, rash, dolori articolari etc.) che era stata lungamente negata?

È in corso di verifica l'ipotesi che si tratti di una sindrome da agenti nervini (sarina, mostarde) che hanno colpito, nel marzo 1991, alcuni reparti americani di stanza a Kamisiyah nel sud dell'Iraq.

I gas avrebbero interessato un'area del raggio di 25 km. e i soldati colpiti sarebbero, per ora, 300-400, ma esiste la possibilità che aumentino perché erano di stanza nell'area circa 1.100 soldati (*Lancet* 1996;348:745).

Intanto in Gran Bretagna si sta studiando il rapporto fra sindrome del golfo e pesticidi. Il ministro della difesa inglese, infatti, ha dichiarato che durante il conflitto si è fatto uso di una quantità di pesticidi (organofosfati) superiore a quanto fino a ora ammesso.

The Independent ha scritto che le istruzioni per l'uso dei pesticidi erano scritte in arabo ed erano perciò incomprensibili ai soldati inglesi che usavano il tossico.

GERMANIA, OLANDA E FRANCIA

Tagli alla sanità

Nonostante la forte opposizione della minoranza parlamentare il governo tedesco ha approntato un intervento di forte riduzione delle spese sociali.

Complessivamente il progetto governativo tende a risparmiare 20 miliardi di marchi. Il contributo dello stato alle spese sociali è stato ridotto dello 0.4%, anche se chi deve assicurare l'assistenza sanitaria e sociale dichiara di non potere garantire i livelli attuali perché, oltre tutto, le spese continuano a salire e il deficit aumenta. Nella prima metà del 1996 il deficit della spesa sociale in Germania è ammontato a 7.4 miliardi di marchi.

Nell'ultimo anno la spesa per farmaci è aumentata dell'8.16%, la spesa per l'assistenza odontoiatrica del 10%, il costo del trasporto pazienti dell'8%, il costo della prevenzione del 16%. Unica eccezione: il costo ospedaliero che è calato dell'1.28% (*Lancet* 1996;348:816). Come si vede un andamento del tutto diverso dalla spesa italiana per la sanità che è sostanzialmente ferma: dal 1991 al 1994 ha avuto un aumento complessivo dell'1%.

Il ministro della sanità, Seehofer, ha dichiarato, alludendo al forte aumento della spesa per farmaci e per cure dentarie, che le possibilità di recupero sono in gran parte nelle mani dei medici e dell'industria farmaceutica e ha preannunciato severe forme di controllo sulle abitudini prescrittive dei medici.

Dal 1997 l'assistenza sanitaria in Olanda subirà molti tagli. Complessivamente saranno tagliati dal budget della sanità circa 2.100 miliardi di lire italiane che è circa il 4% della spesa per la salute. Ci sarà un ticket ospedaliero di settemila lire italiane al giorno.

Saranno richiesti contributi per il 20% della spesa per il costo di gran parte dei trattamenti medici. Saranno limitate (a 15 per anno) le consulenze psichiatriche.

Il governo francese sta per ridurre drasti-

camente i compensi per prestazioni mediche (specialmente per visite urgenti e notturne), di laboratorio e radiologiche. Altre misure tenderanno a ridurre i compensi agli ospedali privati. Il risparmio ipotizzato, con queste misure, è di 5 miliardi di franchi per anno, ma questo riduce, di fatto, di troppo poco il fabbisogno di minore spesa per il bilancio sanitario francese. Sembrano necessari altri tagli.



USA

La dimissione precoce, sempre più contestata, va in Senato

Il senatore democratico del New Jersey Omar Bradley, ha presentato al Senato una proposta di un "health bill" che tenga conto degli inconvenienti che la dimissione precoce (quella "very early": *Lancet* 1996;348:817) ha cagionato negli USA. Il senatore propone che nessun bambino possa essere dimesso prima di due giorni dopo il parto vaginale e prima di 4 giorni dopo il parto cesareo. Il congresso, per parte sua, ha già approvato il divieto di limitare a sole 24 ore la degenza dopo il parto.

Commento generale di *Lancet* (1996;348:903) "è meglio che gli americani comincino a rendersi conto che se la loro assistenza deve essere determinata da regole di mercato la loro salute può essere messa a repentaglio".

OMS

Indicatori socioeconomici della regione europea

Di questa tabella invitiamo i lettori a guardare con attenzione i seguenti dati: 1. il prodotto interno pro capite che è l'indice della ricchezza prodotta; 2. la quantità della spesa sanitaria in percentuale sulla ricchezza prodotta cioè sul PIL (prodotto interno lordo); 3. la efficacia del sistema sanitario valutando il rapporto fra la mortalità infantile e la quantità della spesa in percento sul PIL: si vedrà che nazioni che spendono di meno dell'Italia hanno indici di salute migliori (Regno Unito, Spagna, Svizzera etc.). Questi paesi hanno più anni di scolarizzazione dei nostri 7,5.

Nazioni	Popol. in (milioni) 1992 (1)	PIL pro cap. (PPP \$)* 1991 (2)	Spesa sanitaria complessiva (% del PIL), 1991 (2)	Anni di scolarizz. in media, 1992 (2)	Mortalità infantile (x mille n. v.), 1992 (3)
Albania	3,3	3.500	4	6,2	33,8
Armenia	3,6	4.610	4,2	5	18,9
Austria	7,9	17.690	8,5	11,4	7,5
Azerbaijan	7,2	3.670	4,3	5	22,9
Belarus	10,2	6.850	3,2	7	12,1
Belgio	10	17.510	8,1	11,2	8,5
Bosnia-Erzeg.	4,6				18,4
Bulgaria	8,9	4.813	5,4	7	15,9
Croazia	4,8				11,6
Rep. Ceca	10,3				9,9
Danimarca	5,1	17.880	7	11	6,5
Estonia	1,6	8.090		9	12,4
Finlandia	5	16.130	8,9	10,9	5,2
Francia	57,5	18.430	9,1	11,6	7,0
Georgia	5,5	3.670	4,5	5	15,8
Germania	80,2	19.770	9,1	11,6	7,0
Grecia	10,5	7.680	4,8	7	9,0
Ungheria	10,3	6.080	6	5,8	14,1
Islanda	0,3	17.480	8,3	9,2	4,8
Irlanda	3,5	11.430	8	8,9	7,6
Israele	5,1	13.460	4,2	10,2	9,9
Italia	57,2	17.040	8,3	7,5	8,6
Kazakhstan	17	4.490	4,4	5	25,7
Kyrgystan	4,5	3.280	5	5	30,2
Lettonia	2,7	7.540		9	17,4
Lituania	3,8	5.410	3,6	9	10,2
Lussemburgo	0,4	20.800	6,6	10,5	7,2
Malta	0,4	7.575		6,1	10,5
Paesi Bassi	15,2	16.820	8,7	11,1	7,1
Norvegia	4,3	17.170	8,4	12,1	7,0
Polonia	38,4	4.500	5,1	8,2	14,4
Portogallo	9,9	9.450	6,2	6,4	9,3
Rep. di Moldova	4,4	3.500	3,9	6	19,2
Romania	22,8	3.500	3,9	7,1	33,3
Fed. Russa	149	6.930	3	9	18,4
Slovacchia	5,3				11,3
Slovenia	2				5,9
Spagna	39,1	12.670	6,5	6,9	7,6
Svezia	8,7	17.490	8,8	11,4	5,8
Svizzera	6,9	21.780	8	11,6	6,4
Tajikistan	5,5	2.180	6	5	40,4
ex Rep. Jugoslava di Macedonia	2,1				
Turchia	58	4.840	4	3,6	
Turkmenistan	3,9	3.540	5	5	44,5
Ucraina	52	5.180	3,3	6	14,1
Regno Unito	58	16.340	6,6	11,7	6,6
Uzbekistan	21,2	2.790	5,9	5	37,6

(*) PPP \$: parità del potere di acquisto del dollaro.

Fonti: (1) Recent demogr. develop. in Europe 1993. Strasburgo, Council of Europe Press, 1994.

(2) Human development report 1994. New York, Oxford University Press, 1994.

(3) Health for all database, OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, 1994 (dati dell'anno: 1992 o l'ultimo disponibile).

GERMANIA

Duecentesimo compleanno dell'omeopatia

Duecento anni fa il tedesco Samuel Hahnemann pubblicò il trattato che dava inizio alla medicina omeopatica.

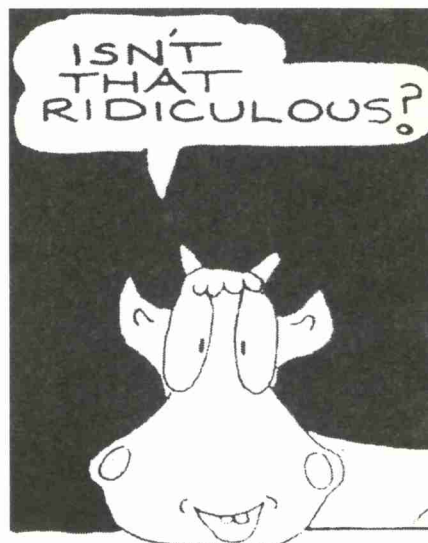
A Dresda, per tutto il mese di ottobre, vi è stata una mostra assai interessante sulla storia e l'evoluzione della omeopatia.

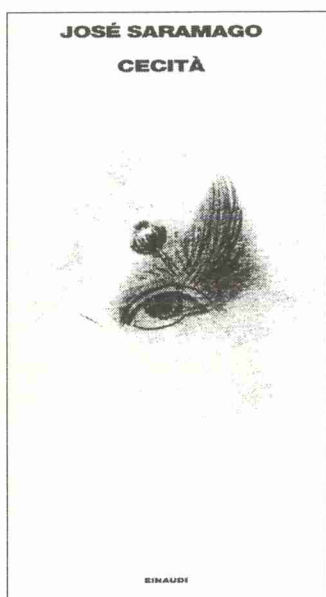
In Germania la omeopatia sembra diffusa più che altrove: vi sono circa 3.000 medici che hanno fatto un training per divenire omeopati. I malati trattati ogni anno con farmaci omeopatici sono, sempre in Germania, circa 1.500.000. Mentre la società di farmacologia tedesca nega qualsiasi valore al trattamento omeopatico, l'equivalente tedesco dell'ordine dei medici ha accettato l'omeopatia come una forma accettabile di professione nell'ambito della medicina.

USA

Marijuana probabilmente legalizzata in due stati

L'Arizona e la California hanno iniziato la trafila legislativa per rendere legale la marijuana per uso medico. La giustificazione è che essa è efficace in campi "orfani di farmaci".





E' un capolavoro. La storia che Saramago narra in questo ultimo romanzo non è di per se straordinaria, originale, insolita. Per quanto estrema e fantastica. È il racconto di un'epidemia di cecità, un male terribile che di persona in persona e forse semplicemente da occhi a occhi e di sguardo in sguardo, colpisce una, poi due, poi cento e mille e un'intera città che è il mondo. Il pensiero corre subito (lo dice anche il risvolto di copertina) a *La peste* di Camus: è ovvio, ma Saramago se ne distingue per l'humour, del tutto assente in Camus. L'autore si sente vicino e lontano dai suoi personaggi, ma non dalla loro condizione; sa di appartenere (anche noi?) a una specie oggi distrattamente suicida e che questa distrazione non può essere guardata con l'occhio (con l'occhio appunto!) dell'eccessiva serietà, caratteristica di mezzo secolo fa. Oggi la società si rispecchia in film tipo *Trainspotting*: giovani accecati dai bagliori della realtà esterna che rischiano la cecità psichica spesso malamente compensata da un'acrobatica abilità sociale. Mi sono sentito trascinato in *Cecità* dalla "storia", da una trama che è quella abituale del piccolo gruppo che si forma nella disgrazia comune, di portata vastissima e a prima vista (lapsus!) irrimediabile: la cecità diventa via universale, il ritorno alla più brutale animalità della vita quotidiana. Una donna resta l'unico vedente di tutta la vicenda: si è finta cieca per rimanere vicino all'uomo amato (un'oculista), lei si fa, ma viene anche nominata, leader del piccolo branco, che grazie alla sua guida potrà assicurarsi la sopravvivenza e la salvezza. Lei ha avuto il dono e il peso di vedere ciò che nessun'altro poteva più vedere. Che mai nessuno avrebbe pensato (previsto?!) potesse accadere. La scena della chiesa. Il piccolo gruppo guidato dalla *moglie del medico* (l'autore non ha voluto attribuire a nessun personaggio un nome proprio) finisce in una cattedrale piena di ciechi accampati. È lì, alzando gli occhi verso l'alto, la donna vede un "uomo inchiodato alla croce con una benda bianca a tappargli gli occhi, e, lì accanto, una donna col cuore trafitto da sette spade e gli occhi tappati anch'essi con una benda bianca, e non c'erano soltanto quest'uomo e questa donna in simili condizioni, tutte le immagini della chiesa avevano gli occhi bendati, le sculture con una striscia di tessuto bianco legata intorno alla testa, i dipinti con una spessa pennellata di pittura bianca". Vengono poi passati in rassegna tanti santi senza nome e senza vista, fino a "una donna soltanto che non aveva gli occhi tappati, perché li porgeva sopra un vassoio d'argento", la santa dei ciechi... Ora anche con i santi e con Dio ci si guarda tra ciechi, e dice un protagonista che forse una constatazione agghiacciante s'ha da fare, quella che "Dio non merita di vedere". I ciechi di questa storia non sono sprofondati nel buio, ma sono stati immersi in una sorta di lattiginoso bianco totale, la loro cecità è chiara: è la cecità di chi non è capace di vedere, di chi non vuol vedere. E sta a pochi (la moglie del medico nel racconto) che sono rimasti immuni da un'epidemia così assoluta osare vedere e continuare a guardare. È attorno a loro che può tornare a vivere la società: pochi, ai margini, che hanno scelto di praticare il mutuo appoggio, possono resistere e sopravvivere, aprire, chissà, a un altro possibile futuro.

Nicola D'Andrea

José Saramago, *Cecità*. Einaudi, pg. 315, Lit. 30.000

Una ricerca storica che ripercorre le prime tappe della psicologia scientifica in Italia attraverso la ricostruzione del movimento di idee e di istituzioni che accompagnò i problemi dell'educazione e della cura dei fanciulli deficienti. Al padre della psichiatria italiana, Andrea Verga, nel 1877 la frenastenia (parola da lui coniata) appariva come debolezza incurabile delle funzioni cerebrali, una sorta di cecità della mente e per questo di competenza soprattutto del filosofo e del naturalista più che del medico. La psichiatria italiana, nata con una impronta medico-biologica, non aveva strumenti per interpretare tale infermità e anche per questa ragione ricoverava i frenastenici nei manicomi, senza tener conto delle proposte di trattamento rieducativo che Edouard Sèguin aveva proposto già nel 1846 e che Maria Montessori avrebbe proposto cinquant'anni più tardi. In Italia la "science de l'enfant", secondo la definizione di Claparède, si diffonde di pari passo con le teorie evoluzionistiche soprattutto in campo antropologico, grazie a Lombroso e a Marro. Nasce una consapevolezza nuova dell'infanzia che si lega a poco a poco alla diffusione dell'igiene tra i ceti popolari, a all'attenzione per le sorti delle generazioni

future. Nascono sul finire del secolo i primi istituti medico-pedagogici (prima in Liguria) in nome di una pedagogia scientifica alla cui base c'è la necessità di avviare un'osservazione sperimentale. Nel 1899 fu costituita la Lega per la protezione dei fanciulli deficienti e la Montessori fu chiamata alla guida della scuola magistrale ortofrenica aperta subito dopo a Roma. Le idee positivistiche venivano presentate agli insegnanti affinché potessero collaborare alla diffusione della nuova cultura pedagogica sperimentale. E non solo alla diffusione ma anche alla sua formazione (bei tempi!). Protagonisti delle nuove idee, sia De Sanctis (a cui si deve la prima descrizione sistematica dell'autismo infantile) sia Montessori, partivano dalla loro diretta esperienza e soprattutto insistevano nel distinguere i giovani malati di mente dai frenastenici, distinzione che apriva la porta alla loro educazione. Il libro ricostruisce un percorso poco esplorato della storia istituzionale e del movimento di idee che sorse attorno al problema dell'educazione e della cura dei bambini ipodotati in Italia negli anni 1870 - 1910.

Nicola D'Andrea

Valeria Paola Babini, *La questione dei frenastenici*. Angeli, pg. 179, Lit. 28.000

Sin dalle prime pagine affascina il gusto del narrare, il piacere di mescolare e rimescolare i mille oggetti della vita di tutti i giorni e via via sembra di intendere che siamo al mondo per raccontare e che raccontando esistiamo, anche se si finisce per non aver chiaro fino a che punto la realtà sia modellata e tenuta sotto controllo dalle storie. Il protagonista del romanzo, Leonardo, ragazzo ricco che si è perso troppo presto in un labirinto fatto di mancanza di amore, hashish, quaderni pieni di affannosa scrittura, è un autentico "malato di storie" che, nella prigione in cui è rinchiuso per una faccenda di droga, si abbandona a una memoria a tratti presente segnata da una fiaba mai dimenticata. È quella di Andersen, dove si racconta della Regina delle Nevi che porta nel suo gelido regno il piccolo Kay, insinuando nel suo cuore un cristallo di ghiaccio che lo rende insensibile e immemore, fin quando non sopraggiunge la sua giovane amica Gerda e lo risveglia con un bacio. Alla morte tragica dei genitori (in un incidente stradale), Leonardo si ritrova solo al mondo e inizia allora a ricostruire il suo passato, guidato dal ricordo martellante degli indovinelli e delle storie che la nonna gli leggeva o recitava; nello stesso tempo diventa padrone di tutti i segreti dei genitori e scopre in una cassaforte le tracce della lunga storia d'amore di suo padre Eugenio, sposato a una nevrotica e glaciale americana, ma legato sin dall'infanzia a Sila, che è poi anche la scrittrice Casilda Iriarte, nuova padrona della casa in Galizia di nonna Ines: Leonardo la cercherà, per scoprire che Casilda lo aspetta da molti anni, e che sarà lei a dargli lo stesso bacio liberatore dato da Gerda a Kay.

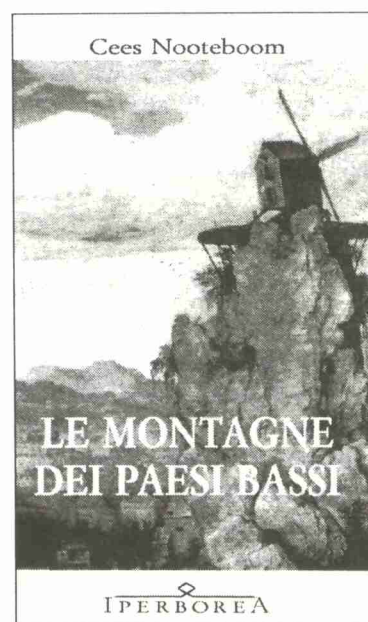
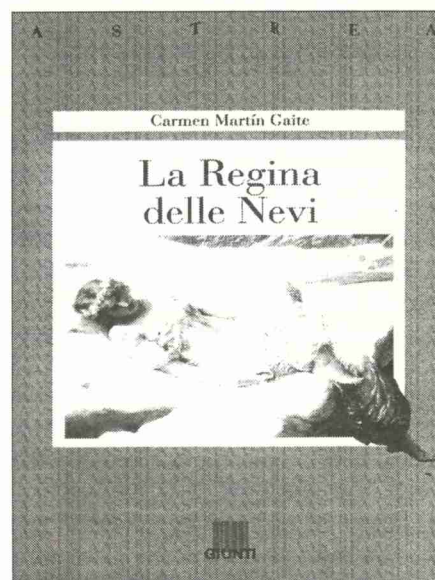
Nicola D'Andrea

Carmen Martin Gaité, *La Regina delle Nevi*. Giunti, pg.384, Lit. 20.000

La storia della Regina delle Nevi io non l'avevo mai letta da piccolo, ma me la sono ritrovata quasi come un'ossessione da grande: anche questo libro si rifà alla stessa fiaba. Per coincidenza letto subito in successione al precedente. L'Olanda un tempo non era il paese piccolo e ordinato dei nostri giorni, ma si prolungava a sud in una terra montagnosa, selvaggia, infestata dai banditi, dimenticata dal progresso (il primo capitolo è molto spassoso per l'ironia che lo pervade e sembra scritto oggi con riferimento alla Padania!). In questa terra può accadere di tutto e quindi è l'habitat per la storia di Kay e Lucia, illusionisti di circo costretti a cercar lavoro fra le montagne dei Paesi Bassi, ma anche sono l'incarnazione della perfezione fisica, una coppia di incantevole bellezza. Succede l'irreparabile: una miniscola scheggia penetra nell'occhio di Kay, rendendolo facile preda della Regina delle Nevi, temibile capobanda che ne fa il suo amante. Lucia con l'aiuto di un clown riuscirà a riportare le cose al meglio... Ancora una volta è il mondo della fiaba a far da padrone del vissuto dell'autore, che racconta e divaga con intrecci, collegamenti e deviazioni. L'autore, sì, è un olandese.

Nicola D'Andrea

Cees Nooteboom, *Le montagne dei Paesi Bassi*. Iperborea, pg. 148, Lit. 18.000



QUADERNI ACP IN INTERNET

Quaderni ACP ha la sua pagina web.
L'indirizzo è:
<http://www.americaninternet.com/acp>
Nel sito è presente anche una guida alle risorse internet per il pediatra.

SINDACATI E INCOMPATIBILITÀ

Circa il famoso decreto del ministro Bindi sulle incompatibilità dell'attività professionale *privata* dei medici dipendenti con il lavoro prestato nel SSN si è avuto all'interno delle sigle sindacali una divaricazione di posizioni del tutto particolare.

Sono stati per la dichiarazione dello sciopero, e quindi contro il decreto, l'ANPO, la ANAAO e la CISL medici. Sono stati contro la dichiarazione di sciopero la CGIL-medici, la UIL-medici, e la Cumi-AMFUP. Con la fuga della CISL si è, cioè, assistito a una rottura del rapporto fra i sindacati federali. La CIMO ha assunto una posizione di "non collaborazione" con le altre sigle. La CIMO giudica lo sciopero "tattico" in quanto le sigle sindacali che lo minacciano sarebbero sostanzialmente favorevoli alla posizione del ministro.

Tacciano, comprensibilmente, le rappresentanze degli universitari: essi, infatti, non sono toccati dalle incompatibilità nonostante i sindacati confederali abbiano dichiarato che se gli universitari saranno nuovamente "salvati" la loro reazione sarà durissima.

SPESE SANITÀ 1995

Il Ministero della Sanità ha reso noto le spese che le Regioni hanno sostenuto per la Sanità nel 1995. Le uscite complessive sono passate dai 95.500 miliardi del 1992 ai 92.668 miliardi del 1995. Per cui c'è stato un discreto contenimento della spesa. Ma quello che sorprende è che le Regioni del Centro-Nord hanno avuto un disavanzo di oltre due miliardi (1.000

miliardi per il Nord, 1533 miliardi per il Centro) e in particolare l'Emilia Romagna ha registrato un disavanzo di 642 miliardi, il più alto in assoluto. Le Regioni del Sud, invece, sono riuscite a spendere meno di quanto era stato loro assegnato, con un risparmio di ben 1.374 miliardi. Nel dettaglio la Campania ha un avanzo di bilancio di 460 miliardi, la Sicilia 324, la Puglia 432. Otto Regioni su venti hanno chiuso i conti in attivo e sono tutte meridionali (la più a nord è l'Umbria). Al Sud finalmente si risparmia e si evitano inutili sprechi, ma lo standard medio di assistenza è sufficiente? ed è paragonabile a quello delle Regioni del Nord? Perché non sono stati spesi i soldi assegnati alle Regioni del Sud? Per incapacità?

SPESA SANITARIA 1996 IN MILIARDI (STIMA)

Spesa sanitaria 1996	miliardi	%
Personale	41.000	+3.9
Beni-servizi	18.200	+4.7
Medicina generale	5.700	+2.7
Farmaceut. conv.	11.105	+10.2
Ospedali pubblici	47.110	+4.2
Ospedali privati	10.350	+0.8
Spec. est.	1.230	-0.8
Spec. int.	1.090	+2,7
Prestaz. san. Integ.	6.220	+2
Spese di altri Enti (CRI, IRCCS, etc.)	687	+8
Disavanzo	3.833	+230

FARMACI SCADUTI

The medical letter edizione italiana (n°18, anno XXV) riporta il parere dei suoi consulenti sull'uso accidentale di farmaci che abbiano superato la data di scadenza. Precisano innanzitutto che la data di scadenza dei farmaci nuovi è di solito prudenzialmente fissata in due anni.

Accumulandosi poi osservazioni in tempo reale sulla loro stabilità la data di scaden-

za viene spesso estesa fino a 5 anni. Le conclusioni sono che farmaci conservati in condizioni ragionevoli, in contenitori chiusi conservino il 70-80% della loro potenza per 10 anni. Anche dopo che il contenitore è stato aperto in condizioni di umidità relativamente bassa probabilmente conservano il 70-80% della loro potenza per almeno 2 anni dopo la data di scadenza. Le eccezioni comprendono nitroglicerina, paraldeide e carbamazepina. L'unica segnalazione di tossicità nell'uomo che può essere stata causata dalla degradazione chimica o fisica di un prodotto farmaceutico è un caso di danno tubulare renale che è stato associato all'uso di tetraciclina degradata. Si ritiene quindi improbabile che i farmaci scaduti possano essere dannosi.

FORMULETTA PER LE FIBRE

L'American Health Fundation propone una formula per stabilire la quantità di fibre che un bambino dovrebbe assumere al giorno. La formula è chiamata "Age+5", e la si applica sommando 5 agli anni. Per 10 anni: 15 g. di fibre. L'American Academy of Pediatrics propone invece una formula diversa che dà, nei bambini, un introito minore: 0.5/kg fino all'età di 10 anni; dopo tale età la formula dell'AAP non è più valida. Molto interessante la legge varata in Israele che obbliga i produttori a indicare il contenuto di fibre (ma non solo di fibre) per cento grammi di prodotto nelle confezioni di alimenti.

I FARMACI "ME-TOO"

Parlando, a Londra all'Istituto Italiano di cultura, Silvio Garattini ha detto che nel 1994 in Italia sono stati messi in commercio 23 prototipi di farmaci. Vi sono stati contemporaneamente 199 composti cosiddetti "me-too" (anch'io) cioè analoghi al capostipite. Questi 199 composti sono stati formulati in 716 prodotti prescrittibili. In sostanza 23 capostipiti sostanzialmente eguali si sono trasformati in 716 scatole sullo scaffale del farmacista.

La rete pediatrica ospedaliera come base di verifica e conoscenza: l'inizio dello studio

di Federico Marchetti*, Nicola D'Andrea*,

a nome del gruppo di lavoro ACP della Pediatria Ospedaliera

*Divisione di Pediatria, Ospedale Regionale "Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

Il progetto di lavoro (di cui è stata fatta già menzione sulle pagine di questa rivista) relativo a uno studio prospettico osservazionale sulla gestione dei bambini ricoverati in Ospedale con una diagnosi di asma bronchiale (AB), broncopneumite (BPM), pielonefrite acuta (PNA), e dolori addominali ricorrenti (DAR), è formalmente iniziato il 4 novembre '96 e si concluderà il 4 febbraio '97.

I presupposti

La pratica basata sulle evidenze (*evidence based medicine*) (5,6), trova a volte notevoli ostacoli che hanno a che fare con aspetti tecnici-organizzativi, con limiti di tempo e con a volte difficoltà di interfaccia tra la ricerca e la pratica (7-12). La mancanza di consenso che esiste in ambito professionale (con la conseguente variabilità di utilizzo di procedure, interventi, prescrizione di esami diagnostici e tassi di ospedalizzazione) è certamente, almeno in parte, motivata dalla mancanza di informazioni affidabili sulla efficacia e sul profilo di rischio-beneficio di molti interventi che vengono messi in atto nella pratica (13-15).

D'altra parte non va trascurato il fatto che laddove esistono le prove della efficacia di determinate procedure/interventi, a volte si rilevano comportamenti assai lontani da quanto il rispetto per l'evidenza

scientifico suggerirebbe.

A fronte di queste considerazioni, è noto che solo il confronto e l'identificazione comune dei problemi clinici e assistenziali possono dare risposta a dei bisogni conoscitivi e pratici inevasi. Fa parte di questo obiettivo propedeutico e metodologico la costruzione di reti multicentriche che permettono di reclutare e indagare malattie e problemi il cui quadro epidemiologico non consente approcci di dimensioni limitate. Le patologie analizzate sono state definite come "esemplificative" di problematiche e di profili assistenziali diversi oltre che, come evidenziato in recenti studi, del possibile gap esistente tra i protocolli di cura e la pratica quotidiana (16-20).

Piano generale della ricerca

La valutazione deve essere intesa come un'occasione di ricerca-formazione nella quale è fondamentale un'osservazione molto partecipe e obiettiva, da parte di ciascun operatore, dei risultati ottenuti nelle diverse fasi.

Sono inclusi nello studio tutti i bambini che vengono ricoverati in quanto affetti da una delle quattro patologie oggetto di valutazione.

È prevista anche la compilazione (alla fine dello studio) di una scheda riportante le caratteristiche strutturali e organizzative

Gruppo di lavoro ACP per la Pediatria Ospedaliera

Comitato scientifico

G.C. Biasini, F. Panizon, F. Sereni, C. Vullo.

Commissione ACP per la Pediatria Ospedaliera

P. Alcaro, G. Bonora, G. Boschi, V. Calia, G. Costantino, N. D'Andrea, A. Di Palma, M. Farneti, G.L. Gargantini, G. La Gamba, G. Magazzù, G. Masera, G. Mastella, L. Peratoner, G.F. Temporin, G. Tosolini.

Segreteria Organizzativa

N. D'Andrea, F. Marchetti, G. Oliva, G. Pietroforte, G. Ventura.

c/o Divisione di Pediatria, Ospedale Generale Regionale "Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA).

Reperti di Pediatria che hanno partecipato alla fase pilota

Acquaviva delle Fonti, Cesena, Fidenza, Latina, Monza, Pordenone, Reggio Emilia, Rovereto, Rovigo, Soverato.

del reparto (personale, numero dei ricoveri, pazienti in carico con malattia cronica, strumentazione diagnostica disponibile, modalità di dimissione, etc.), al fine di avere un profilo di incrocio con quelle che sono le procedure di intervento adottate.

La fase pilota

La fase pilota dello studio è stata condotta in 10 reparti di pediatria durante un mese di osservazione (fine di giugno, inizi di agosto '96).

I casi reclutati sono stati complessivamente 82, di cui 42 ricoverati per BPM, 18 per PNA, 14 per DAR, e 9 per AB. Come atteso, i risultati della fase pilota hanno fornito importanti indicazioni per la formalizzazione del protocollo definitivo e delle schede di rilevazione.

Inoltre, hanno fatto intravedere le potenzialità della ricerca come strumento di "audit interno" e come prospettiva di ottimizzazione delle procedure di cura per le quattro patologie. Ad esempio, già per quanto la definizione dei criteri di inclusione/esclusione (apparentemente banali e in teoria già acquisiti nel quotidiano), vi sono state molte discussioni a sottolineare l'importanza di porsi in una logica di discussione alla pari che già di per sé rappresenta un'occasione di riflessione e di crescita personale e di gruppo. In partico-

lare, la diagnosi di infezione urinaria rimane ancora apparentemente controversa e i criteri di inclusione ed esclusione riportati nella *Tabella I*, hanno rappresentato un compromesso (per altro molto ragionevole) tra chi ritiene l'urinocoltura un esame indispensabile per la diagnosi (in alcuni casi indicativa anche in assenza di leucocituria) e quelli che considerano la leucocituria e la batteriuria (rilevata al microscopio ottico, qualora disponibile) i parametri essenziali per una corretta diagnosi. Le differenze di comportamenti terapeutici e di follow-up nella gestione dei bambini affetti da BPM evidenziate in tre Ospedali (*Tabella II*), possono rappresentare già di per sé una base di discussione su tutti i punti che sono attualmente controversi nell'assistenza dei casi con BPM.

Al progetto hanno aderito 155 reparti di pediatria (su 300 contattati), distribuiti in modo rappresentativo in tutte le regioni dell'Italia.

Indubbiamente si tratta di un'occasione unica per stabilire una rete epidemiologica in grado di condurre, anche in tempi successivi, un percorso permanente di valutazione rivolto a ottimizzare le pratiche adottate e a dare risposte ai bisogni inevasi della popolazione pediatrica (21).

In questa prospettiva, riteniamo che il

ruolo del personale infermieristico (con la costituzione di gruppi formali di lavoro) rappresenti una priorità (tra l'altro già prevista nel protocollo di studio), così come l'interfaccia con la pediatria di libera scelta.

Bibliografia

- 1 Taylor B. How many inpatient paediatric units do we need? *Arch. Dis. Child* 1994;71:360-364.
- 2 Wernake U., MacFaul R. Evaluation of appropriateness of pediatric admission. *Arch. Dis. Child* 1996;74:268-273.
- 3 Parizzi F., Bonora G., Grazioli R., et al. Uso appropriato dei ricoveri pediatrici: uno studio policentrico in 13 pediatrie italiane. *Quaderni ACP* 1996;1:10-12.
- 4 Chassin HR. Part 3. Improving the quality of care. *N.E.J.M.* 1996;325:1060-63
- 5 Rosemberg W., Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *B.M.J.* 1995;310:1122-1126.
- 6 Grahame-Smith D. Evidence based medicine: Socratic dissent. *B.M.J.* 1995;310:1126-1127.
- 7 Tognoni G. Farmacologia clinica e pratica terapeutica corrente. *Giornale italiano di Farmacia Clinica* 1992;6(2):53-62.
- 8 Editorial. From research to practice. *Lancet* 1994;344:417-418.

Tabella I: Criteri di inclusione ed esclusione per la pielonefrite acuta.

Criteri di inclusione: bambini con febbre (>38 °C) non altrimenti spiegata, con presenza nelle urine di leucocituria (leucociti >100 mmc) e batteriuria (batteri >100 mmc al microscopio ottico, e/o urinocoltura positiva per valori >100.000).

L'urinocoltura è un esame consigliato per la conferma dell'infezione e deve essere considerato positivo solo per valori >100.000. Tuttavia il risultato dell'urinocoltura può essere non attendibile ad es. in caso di terapia antibiotica iniziata a domicilio e pertanto la sua negatività in presenza dei tre parametri riportati in precedenza (febbre-leucocituria-batteriuria) non esclude la presenza di una infezione urinaria alta.

Nei casi in cui vi siano dubbi sulla diagnosi di sede (infezione bassa o alta), può essere utile eseguire la VES e la PCR che, per valori rispettivamente >20 e a 2.0 sono fortemente orientativi per una pielonefrite.

Criteri di esclusione:

- a) presenza di batteriuria o urinocoltura positiva in un bambino febbrile in assenza di leucocituria (e con test ai nitriti: negativo). Questa situazione potrebbe essere espressione di una batteriuria innocente o da inquinamento, con febbre attribuibile ad altre cause (ad es. virosi);
- b) presenza di una leucocituria in assenza di batteriuria. Questa situazione non è indicativa di una infezione urinaria in quanto può rappresentare da sola un reperto di relativo frequente riscontro in corso di febbre (in circa il 9% dei casi) da altre cause. Entrambe le situazioni rientrano nei casi di "dubbio di diagnosi" e che pertanto si preferisce escludere dalla valutazione.

9 Haines A., Jones R. Implementing finding of research. *B.M.J.* 1994;308:1488-1492.

10 Editorial. Why clinical research needs medical audit. *Quality in Health Care* 1993;2:1-2.

11 Thompson RG., Barton AG. Is audit running out of steam? *Quality in Health Care* 1994;3:225-229.

12 Hopkins A. Some reservations about clinical guidelines. *Arch. Dis. Child* 1995;72:70-75.

13 Grimshaw J., Freemantle N., Wallace S., et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995;4:55-64.

14 Grilli R., Penna A., Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Come produrre e implementare linee-guida. *Il Pensiero Scientifico Editore. Roma* 1995.

15 Dick PT., Feldman W. Routine diagnostic imaging for childhood urinary tract infections: a systematic overview. *J. Pediatr.* 1996;128:15-22.

16 Di Mario S., Iuli R., Macaluso A., Pivetta S., Tamburlini G., et al. Qualità delle cure e costi in pediatria. *Quaderni ACP* 1996;2:8-13.

17 Neville RG., Clark RC., Hoskins G. et al. National asthma attack audit 1991-2. *B.M.J.* 1993;306:559-562.

18 Marchetti F., Misticoni G., D'Andrea N. et al. Asma bronchiale: indagine sulla pratica pediatrica corrente. *Medico & Bambino* 1995;1:31-37.

19 Warner JO. Review of prescribed treatment for children with asthma in 1990. *B.M.J.* 1995;311:663-666.

20 McConnochie KM., Roghmann KJ., Liptak GS. Hospitalization for lower respiratory tract illness in infants: variation in rates among countries in New York State and areas within Monroe County. *J. Pediatr.* 1995;126:220-229.

21 Marchetti F., Bonati M., Marfisi RM., La Gamba G., Biasini GC., Tognoni G. On the behalf of the Italian Collaborative Group on Paediatric Chronic Diseases. Parental and primary care physicians' views on the management of chronic diseases: a study in Italy. *Acta Paediatr.* 1995;84:1165-1172.

Tabella II: Gestione dei casi di broncopolmonite in tre reparti di pediatria

	Ospedale A (N=9)	Ospedale B (N=10)	Ospedale C (N=7)
Età			
<2 aa	5	3	-
2-4	2	3	3
≥5	2	3	4
Media:	3.2	3.4	5.9
(range)	(4 m-12 aa)	(6 m-9 aa)	(2- 14 aa)
Ricovero eseguito			
Consiglio PB	4	5	3
Iniziativa famiglia	4	4	3
Altro	1	1	1
Complicanze			
No	6	9	6
Si (vers. pleurico)	3	1	1
Eziologia presumibile			
Probabile	8	5	1
Certa	-	-	5
Non definibile	1	5	1
Emofilo/Pneumococco	4	-	1
Stafilococco	1	-	-
Batterica	-	4	-
Mycoplasma	-	1	5
Virus	3	-	-
Antibiotico a domicilio			
No	6	5	3
Si	3	5	4
Antibiotico in Ospedale			
No	1	-	-
1 antib.	8	9	5
2 antib.	-	1	2
Tipo di antibiotico			
Amoxicillina	7	3	-
Eritromicina	-	-	5
Cefalosp. III° gen. par.	1	6	-
Cef. Par. + Eritrocina	-	1	2
La terapia è stata:			
Continuata	6	5	5
Modificata	2	5	2
Non risposta	2	-	1
Passaggio a terap. orale	-	4	1
Altro	-	1	-
Durata terap. antibiotica			
(gg)	10.4	10.1	11.7
(media-mediana)	10	10	11
Indagini lab. di controllo			
No	5	6	1
Si, prima dimissione	3	1	1
Si, dopo dimissione	-	1	3
Si, prima e dopo	1	2	2
Rx torace di controllo			
(Si)	1	1	7
Durata ricovero			
(media, gg)	4,8	5,9	6,9
(range)	(2-8)	(4-9)	(5-8)

Russia: strategie vaccinali

Una lezione da mettere a frutto anche in Italia

di Massimo Farneti

Unità operativa materno infantile, A. USL Cesena

È apparso recentemente su *Lancet* un articolo che fa il punto sulla epidemia di difterite che, dal 1990, sta colpendo praticamente tutti gli stati dell'ex URSS. Il lavoro è interessante non solo per comprendere le cause dell'esplosione epidemica di una malattia che si pensava eliminata grazie alla vaccinazione di massa, ma anche per ripensare le strategie di controllo che è necessario approntare per limitare e contenere qualsiasi malattia soggetta a vaccinazione.

L'epidemia in corso nell'ex URSS

Grazie alla vaccinazione estensiva avviata all'inizio degli anni '50 in tutta l'URSS i casi di malattia erano passati dai 104.138 del 1955 ai 198 del 1976. Un piccolo aumento si era verificato negli anni ottanta (839 nel 1989). Nel 1990 si è avuta la riaccensione epidemica che è cominciata a Mosca con un aumento annuale di tipo logaritmico e una rapida estensione a tutti gli stati, sia europei che asiatici, dell'ex URSS.

La scintilla è stata probabilmente il rimpatto dei soldati dalla guerra in Afghanistan ove si erano verificati, dall'ottanta all'ottantanove, ben 3.628 casi nelle forze armate sovietiche. Non sembra casuale che il primo focolaio epidemico sia scoppiato in una caserma di Mosca. Nel 1994 (ultimo anno di cui si hanno dati completi) sono stati notificati 47.808 casi con 1746 decessi di cui 1.104 nella sola federazione Russa. Nei primi 6 mesi del '95 si è verificato un incremento di 2-3 volte rispetto al '94. Il 70% dei casi si sono verificati in

persone di età superiore a 15 anni; le fasce di età più colpite sono state quelle da 40 a 49 anni e quella sotto i 4 anni. Il 45% delle morti si è verificata nella fascia di età 40-49 anni. La maggior parte dei casi sono concentrati nelle aree urbane, ma nella regione asiatica sono stati riscontrati numerosi casi anche in aree rurali.

Lo stato immunitario della popolazione

Dai dati "storici" risulta che negli anni '80 la copertura vaccinale di base (almeno 3 dosi nei primi 12 mesi di vita) era variabile dal 68,8% al 79,2% con punte ancora più basse in alcune zone del Paese. Questa scarsa copertura era causata dalla consuetudine di rinviare le vaccinazioni per una serie molto ampia di controindicazioni "ufficialmente accettate". Solo nel '93 è stata utilizzata la "lista di controindicazioni" proposta dalla OMS e utilizzata anche in Italia (circ. 9-400-2/26 V/1562 del 26/3/91). In alcune zone del Paese inoltre, per periodi più o meno lunghi alla fine degli anni '80, sono mancate le scorte vaccinali, limitando di fatto la vaccinazione dei bambini. In altre zone, sempre per carenza di vaccino, sono state utilizzate dosi di antidifterico-tetanico di tipo adulto anche per vaccinare i bambini (si ricorda che la dose di antidifterica tipo adulto è di 2 Lf contro i 10/25 Lf della dose pediatrica). Gli attuali livelli di copertura sono migliorati, ma non sono ancora buoni. Nella federazione russa l'88,1% dei bambini a 1 anno di età risulta vaccinato, ma solo l'82% ha ricevuto la dose di richiamo nel corso del 2° anno di vita. I dati delle

repubbliche asiatiche sono nettamente peggiori con solo il 60% di bambini correttamente vaccinati a 12 mesi di età. La situazione negli adulti è ancora molto critica. La schedula vaccinale ufficiale, fino al 1986, infatti non riportava richiami con vaccino antidifterico dopo i 14-16 anni e ricerche sierologiche hanno messo in evidenza una alta suscettibilità. Uno studio degli anni '80 riportava assenza di anticorpi antidifterite nel 40-80% della popolazione di età superiore a 20 anni con i più alti livelli di suscettibilità nella fascia di età 30-39 (non è un caso che attualmente la classe di età più colpita sia proprio quella di 40-49 anni).

Le cause dell'epidemia

Le cause dell'epidemia non sono perfettamente chiare, ma è suggestiva l'ipotesi che si siano venute a creare le condizioni di "massa critica" per l'esplosione di un evento epidemico, citate spesso dal Dott. Grandolfo dell'Istituto Superiore di Sanità, che si rifà alla legge fisica di azione di massa.

Infatti l'entrata di coorti di nuovi nati scarsamente e/o mal vaccinate si è "fusa" con le coorti di adulti suscettibili facendole ingrossare e facendo così scattare quella soglia minima di suscettibili necessaria per la diffusione della malattia.

È da sottolineare, inoltre, che il vaccino non elimina completamente la circolazione del germe permettendo anche che soggetti correttamente vaccinati e immuni per la tossina difterica possano essere portatori faringei.

Tutto ciò facilita la diffusione della malattia, non rappresentando sempre il vaccinato un blocco per il *corinobacterium difteriae* (cosa che invece succede per es. per il morbillo).

Implicazioni per l'Europa e per l'Italia

Molta attenzione deve essere posta alla epidemia di difterite nell'ex URSS perché è possibile una importazione di casi della ex URSS.

Infatti:

- 1) È in atto una forte immigrazione dall'est europeo (anche solo per turismo) e contemporaneamente un alto livello di turismo verso l'est.
- 2) Il livello di attenzione verso la difterite fra i medici europei e italiani è molto basso e si corre il rischio di non diagnosticare o diagnosticare in ritardo eventuali casi di "importazione".
- 3) In Italia il livello di persone suscettibili nelle fasce adulte e anziane della popolazione sembra piuttosto alto stante la pratica di eseguire richiami vaccinali con sola antitetanica.

Per quanto riguarda invece i bambini e i ragazzi italiani la copertura antidifterica, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, appare buona, e ottima nelle Regioni centrosettentrionali.

Non altrettanto si può dire per gli adolescenti che, nella maggior parte delle Regioni non effettuano richiami vaccinali con dT (tetano difterite adulto), ma solo con antitetanica.

È necessario pertanto abbinare ai richiami decennali per il tetano quelli per la difterite utilizzando dopo i 7 anni di età il vaccino dT.

La stessa cosa è opportuno sia fatta in occasione delle vaccinazioni di base per il tetano, permettendo così di aumentare la protezione di massa verso la difterite. È opportuno che i viaggiatori verso paesi dell'ex URSS siano immunoprotetti per la difterite (con 3 dosi di DT o dT a seconda dell'età, se non precedentemente vaccinati, o con una dose di richiamo se vaccinati da oltre 5-8 anni).

Considerazioni conclusive

Ancora una volta si è sperimentato, sulla

pelle della gente, cosa vuol dire abbassare la soglia di protezione vaccinale per una malattia senza riflettere sulla strategia vaccinale adottata.

Gli effetti sono stati drammatici in considerazione anche del fatto che, essendo l'antidifterica una vaccinazione diretta contro la tossina, la circolazione del germe non è del tutto impedita. Appena la soglia di protezione è diminuita la circolazione del germe ha subito una accelerazione e i suscettibili hanno cominciato ad essere colpiti.

Ancora una volta, affrontando il tema "vaccinazioni", emerge il problema delle strategie vaccinali che investe la visione non solo della protezione individuale tramite immunizzazione attiva, ma obbliga alla valutazione dell'effetto "comunitario" delle scelte vaccinali. Si tratta di un argomento che la cultura pediatrica tende a trascurare, tutta rivolta com'è a coltivare una visione "uno a uno" fra bambino e medico. Per concludere non sarebbe male diffondere l'articolo di *Lancet* fra quei genitori che si oppongono alle vaccinazioni: l'esperienza dell'ex URSS può essere fortemente pedagogica al riguardo.

Bibliografia

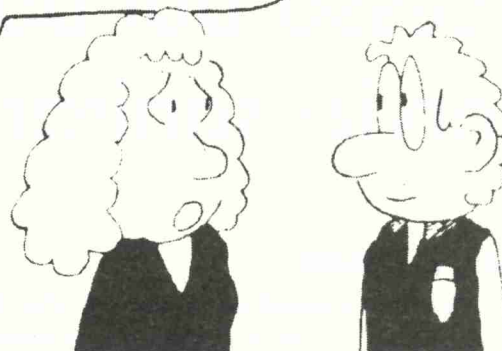
Hardy I. R et al. *Lancet* 1996;347:1739

C.D.C. *MMWR* 1993;42:840

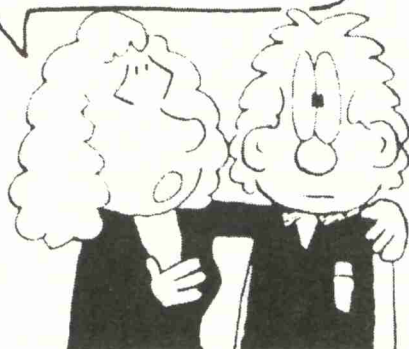
Mikhailovich V. M. et al *J. Clin. Microbiol.* 1995;33:3061.

Lumio J. et al. *Lancet* 1993;342:53

IF BREASTFEEDING ESTABLISHES AND STRENGTHENS THE MOTHER'S BOND WITH HER CHILD



BOTTLE FEEDING STRENGTHENS THE MOTHER'S BOND WITH THE MULTINATIONALS



Legislazione e salute: l'accesso del bambino immigrato ai servizi sanitari.

di L. Acerbi, L. Perletti

Divisione di Pediatria Ospedale di Melegnano, Milano

NAGA-Associazione volontaria assistenza sanitaria stranieri e nomadi, Milano

Il problema dell'accesso del bambino immigrato alle strutture sanitarie si presenta a ogni medico in modo ricorrente e con frequenza crescente. La normativa in proposito non sempre è conosciuta ed è stata oggetto in questi ultimi anni di variazioni significative. Può quindi essere opportuno un suo riesame con particolare attenzione alle implicazioni nella pratica quotidiana e alle possibili sollecitazioni che si possono compiere in sedi locali e istituzionali perché la legislazione sia più coerente all'etica professionale e agli orientamenti degli organismi internazionali. Dal 1986 in Italia, in applicazione della Convenzione sulla Organizzazione Internazionale del Lavoro, è stata dichiarata la parità di trattamento, in materia di assistenza sanitaria e sociale, fra lavoratori italiani ed extracomunitari, estesa alle rispettive famiglie, figli compresi (Legge 943/86, art. 1). Tale diritto è stato esteso con la "Legge Martelli" anche a disoccupati extracomunitari iscritti alle liste di collocamento (Legge 39/90). In questo modo è stata concessa a tutti i bambini stranieri *dotati di un regolare permesso di soggiorno* la possibilità di fruire del sistema sanitario nazionale. Di fatto questo diritto si è rivelato spesso solo teorico in quanto impedito da carenze informative, educative e da ostacoli burocratici quali ad esempio la conoscenza dell'iter amministrativo da seguire per l'iscrizione al

S.S.N. o la necessità di una reiscrizione annuale presso la USSL di residenza. In particolare per il genitore disoccupato la reiscrizione annuale, sua e dei familiari, è possibile solo dopo l'emanazione di un decreto legge che "puntualmente" viene reiterato con mesi di ritardo rispetto alla scadenza del precedente. Ne consegue che ben il 31% dei bambini stranieri ricoverati presso i reparti pediatrici italiani non è iscritto al S.S.N. (Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria. Indagine multicentrica sul bambino immigrato: dati preliminari. Riv. It. Ped., 1995;31,S-3:195). Per quanto riguarda i cittadini stranieri *irregolari*, che non possiedono o non hanno potuto rinnovare il permesso di soggiorno, la normativa del nostro paese ha previsto, sino al 1995, la possibilità di erogare le sole cure urgenti ospedaliere per malattia, infortunio, maternità (legge 33/80, art. 5), anche se non comportanti ricovero (D.M. 8/10/86, art. 7). Gli irregolari hanno potuto utilizzare, e spesso gli è stato richiesto il pagamento di quote di degenza esorbitanti. In caso di insolvenza le amministrazioni ospedaliere possono richiedere un rimborso al Ministero degli Interni; richiesta che comporta una segnalazione del paziente alle prefetture, compresa la trasmissione di una fotocopia del passaporto. Gli immigrati irregolari sono stati

così oggetto, per il solo fatto di essere venuti a contatto con la struttura sanitaria, di una denuncia/comunicazione all'autorità giudiziaria o di pubblica sicurezza che può comportare automaticamente il provvedimento di espulsione dal territorio dello Stato. Tali vincoli hanno determinato enormi limitazioni alla utilizzazione dei servizi proprio da parte della componente più debole, più bisognosa e più esposta a rischi sanitari, cioè in totale disaccordo con i più elementari principi di tutela della salute come fondamentale interesse della collettività e inalienabile diritto dell'individuo stabiliti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, dalla Costituzione della Repubblica Italiana e dalla Deontologia professionale medica. Recentemente sono state poste le basi normative, solo le basi, per il superamento di alcune di queste limitazioni, tramite il D.M. del 19/11/95 in seguito reiterato, che all'art. 13 (App. 1) assicura agli irregolari (cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale):

- la possibilità di accedere a cure ambulatoriali e ospedaliere "essenziali" e ai programmi di medicina preventiva;
- la tutela della maternità e della gravidanza, come per le cittadine italiane;
- la segnalazione all'autorità giudiziaria solo nei casi in cui sia obbligatorio il referto, come per il cittadino italiano;

- la gratuità delle prestazioni preventive e di quelle relative alla maternità, a parte le quote di partecipazione alla spesa ove previste (ticket).

Perché tutto ciò si attui tuttavia non è sufficiente un decreto legge, ma è necessario soprattutto che la normativa venga meglio esplicitata e recepita dalle Regioni e nella pratica assistenziale quotidiana delle Az. USL e degli ospedali. Deve essere indicato con precisione l'iter amministrativo alternativo all'attuale e la eventuale modulistica. Rimane ad esempio da stabilire quali prestazioni curative sono da ritenersi "essenziali" al mantenimento dello stato di salute dell'individuo e della collettività. Recentemente sono state emanate due circolari ministeriali che, sia pur ancora insufficienti a garantire l'attuazione del decreto legge, avviano questo processo (il loro testo è riportato integralmente nelle appendici 2 e 3). La circolare del Ministero della sanità del 3/1/96 (append. 2) ribadisce, tra l'altro, la gratuità degli interventi relativi alla tutela della maternità e alle interruzioni volontarie di gravidanza, ivi compresi eventuali ricoveri ospedalieri e l'assoluta proscrizione di alcun tipo di segnalazione, salvo casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità con il cittadino italiano. Vengono identificati gli interventi di prevenzione collettiva che non comportano oneri a carico dell'utente. Tra questi vengono in particolare citate le vaccinazioni, il controllo delle malattie infettive e la bonifica dei focolai. Qualsiasi intervento volto a questi scopi sugli individui o nelle comunità, negli ospedali, negli ambulatori o sul territorio deve essere gratuito e deve essere ritenuto un dovere inderogabile da parte di qualsiasi medico. Chi si occupa di salute pubblica in particolare deve creare le condizioni perché tali direttive vengano applicate. Ancor più interessante la "Disposizione urgente in materia di immigrazione" del Ministero della sanità del 14/5/96 (append. 3) che estende alla tutela del minore quanto previsto per la tutela sociale della maternità dal citato decreto legge 489/95: sancisce quindi l'estensione ai minori della gratuità dell'assistenza sociosanitaria, salvo partecipazione alla spesa, come per i bambini italiani. Quest'ultima affermazione è di estrema importanza perché nella sua cor-

retta applicazione dovrà comportare di fatto l'iscrizione al S.S.N. Solo così verrà garantita la completa fruibilità dei servizi sociali e sanitari senza alcuna restrizione, come previsto anche dalla Convenzione Internazionale sui Diritti dei Bambini (append. 4), che dal 1991 è formalmente legge dello Stato italiano e quindi deve essere rispettata dal legislatore e da ogni cittadino. In particolare lo deve essere da parte di chi ha la responsabilità di dirigere servizi o di erogare prestazioni, tenendo in conto anche che la inosservanza della Convenzione potrebbe comportare sanzioni da parte degli organismi internazionali; sanzioni improbabili ma auspicabili e forse in alcuni casi da sollecitare. Qualche passo avanti è quindi stato fatto ma siamo comunque ancora lontani dalla reale attuazione della normativa in vigore. A questo proposito ogni medico inevitabilmente esercita un ruolo, promotore o conservatore che sia. In particolare il pediatra, in quanto osservatore privilegiato dei problemi dei bambini e principale garante del loro diritto alla salute, è parte integrante della strategia assistenziale al bambino immigrato. Il suo intervento può essere rivolto alle associazioni, alle comunità locali, ai singoli casi. Possiamo appellarci anche alle indicazioni espresse dalla American Academy of Pediatrics "per un approccio assistenziale globale ai bambini immigrati" (append. 5) ma sicuramente un valore rilevante, oltre quello indubbio dell'impegno personale, può derivare dal coinvolgimento delle Società scientifiche, culturali o professionali (S.I.P., A.C.P., ecc.) a livello nazionale o locale. Saper interpretare questi bisogni in base alla nostra realtà studiandone le implicazioni e i rimedi ci può permettere di attivare processi di aggiornamento professionale e di confrontarci con le Istituzioni competenti perché a ogni bambino presente sul territorio nazionale sia garantito il miglior stato di salute possibile, tenendo conto del contesto sociale e familiare ma senza alcuna discriminante di razza, etnia, appartenenza sociale e stato giuridico.

Appendice I

Decreto Legge 489 del 18/11/1995 e successive reiterazioni. "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione" articolo 13.

Agli stranieri, temporaneamente presenti nel

territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salvo le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della sanità, adottato di concerto con il Ministro del tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali.

Appendice II

Circolare del Ministero della sanità agli Assessorati regionali alla sanità (telex n. 00091 del 3/1/96 prot. 262).

Riferimento quanto disposto da articolo 13 D.L. 18 novembre 1995 n.489 riguardo assistenza sanitaria ai cittadini stranieri temporaneamente presenti su territorio nazionale, comunicasi che disposizioni concernenti prestazioni in materia assistenza preventiva et tutela maternità responsabile et gravidanza sunt di immediata applicazione. Dette prestazioni, ivi compresi eventuali ricoveri ospedalieri sunt erogate senza oneri a carico richiedenti, fatte salve quote partecipazione spesa ove prevista.

Debent precisarsi che trattandosi di stranieri temporaneamente presenti in Italia, assistenza preventiva viene riferita a complesso attività et prestazioni prevenzione collettiva consistenti in profilassi malattie infettive e diffusive che prevede:

- a) vaccinazioni secondo normativa vigente et in ambito interventi et campagne prevenzione collettiva autorizzati con atti formali da regioni;
 - b) interventi profilassi internazionale;
 - c) controllo malattie infettive (in particolare tbc, mst, parassitosi, etc.) et eventuale bonifica focolai.
- Per quanto concerne prestazioni maternità responsabile et gravidanza richiamansi disposizioni emanate con Legge 29 luglio 1975 n.485, con Legge 22 maggio 1978 n.194 et con Decreto Sanità 6 marzo 1995.

Est altresì di immediata applicazione, disposizione su modalità accesso a strutture et servizi ossia previsione che accesso non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo casi in

cui sia obbligatorio referto, a parità condizioni con cittadino italiano. Restanti disposizioni predetto articolo 13 potranno trovare attuazione non appena definito quadro generale di riferimento normativo che prevede adozione decreto Sanità-Tesoro per individuazione ulteriori prestazioni da erogare, senza oneri at carico richiedenti et fatte salve quote partecipazione spesa, in caso di malattia et infortunio. Fatto salvo quanto disposto con presente telex et in attesa emanazione atti normativi attuativi predetto articolo 13, Unità Sanitarie Locali continueranno at applicare direttive già emanate da questo Ministero in materia assistenza sanitaria per malattia aut infortunio at cittadini stranieri presenti in Italia, con particolare riferimento at direttive inviate con telefax n. 2426 datato 14 settembre 1995 riguardanti determinazione per anno 1995 rette et tariffe relative cure urgenti ospedaliere erogate da S.S.N. at cittadini stranieri non iscritti servizio stesso.

Appendice III

Circolare del Ministero della sanità agli Assessorati regionali alla sanità (del 14/5/96).

At fine rispondere richieste chiarimenti pervenuti da assessorati regionali sanità et unità sanitarie locali si forniscono ulteriori indicazioni in merito applicazione art. 13 D.L. su "disposizioni urgenti in materia immigrazione". Preliminarmente debet essere ribadito che suddetta normativa riguarda indistintamente cittadini stranieri temporaneamente presenti su territorio italiano, anche se in condizione irregolare nei termini definiti da art. 7 quinqué di cui at comma 2 art. 7 stesso D.L.

In ordine at limiti et modalità erogazione assistenza sanitaria est necessario tenere presenti seguenti direttive:

- 1) tutela sociale maternità responsabile et gravidanza comporta altresì tutela minore;
- 2) assistenza preventiva finalizzata at controllo malattie infettive et diffuse debet ricomprendere diagnosi et cura sia ambulatoriale che ospedaliera;
- 3) in attesa emanazione decreto Sanità-Tesoro prestazioni sanitarie richieste da soggetti sopra indicati, escluse quelle rientranti in precedenti settori sub 1 e sub 2 che sunt come est noto senza oneri at carico richiedenti, fatte salve quote di partecipazione spesa ove previste, debent essere erogate previo pagamento tariffe indicate con telex inviato da questo ministero in data 14 settembre 1995; cittadino straniero, che non habet possibilità pagare prestazione richiesta, debet essere assistito solo qualora prestazione stessa rivesta carattere urgenza. Premesso quanto sopra ne consegue che mentre assistenza rientrante in settori sopra indicati unitamente a prestazioni di cui at emanando decreto Sanità-Tesoro debet essere finanziata

con quota parte fondo sanitario nazionale, come previsto da suddetto articolo 13, rimborsi per prestazioni urgenti lasciate insolute debent invece essere richiesti at locale prefettura.

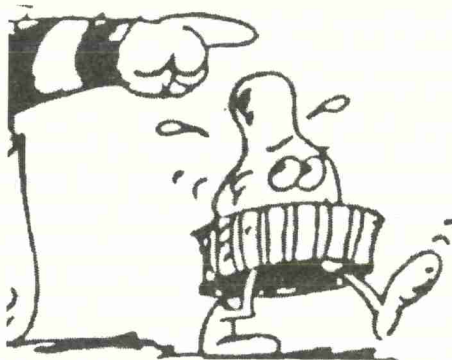
At fine rimborso oneri sostenuti da unità sanitarie locali debet procedersi, per via informatica, censimento stranieri assistiti, cui sarà attribuito codice S.T.P. (straniero temporaneamente presente), et registrazione singola prestazione erogata.

Appendice IV

Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, ONU, New York, 20 novembre 1989. Ratificata dall'Italia con Legge del 27 maggio 1991 n.176.

Articolo 2.

Gli Stati devono rispettare, nel loro territorio, i diritti di tutti i bambini senza discriminazione alcuna, indipendentemente dalla razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o d'altro genere, origine nazionale, etnica o sociale, proprietà, handicap, nascita, o di qual-



siasi altra caratteristica del bambino, dei suoi genitori o dei suoi tutori legali.

Articolo 24.

1) Gli Stati riconoscono il diritto del bambino al godimento dei più alti livelli raggiungibili di salute e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi devono sforzarsi di garantire che nessun bambino/a sia privato del diritto di accedere a tali servizi;

2) gli Stati si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto, e in particolare adottano ogni adeguato provvedimento per:

- a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e fanciulli;
- b) assicurare a tutti i fanciulli l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo dei servizi sanitari di base;
- c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare attraverso l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo

conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale;

d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali;

e) fare in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, siano informati e sostenuti sull'uso di conoscenze sulla salute e sulla nutrizione infantile, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene personale, sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni;

f) sviluppare la medicina preventiva, l'educazione dei genitori, l'informazione e i servizi per la pianificazione familiare.

3) Gli Stati parti adottano ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali pregiudizievoli per la salute dei minori.

Appendice V

Indicazioni della American Academy of Pediatrics per un approccio assistenziale globale ai bambini immigrati (Committee on Community Health Services. "Health care for children of migrants families" Pediatrics, 1989;84:739-740).

- 1) Disponibilità ad accogliere e soddisfare richieste di consulenza da parte di organizzazioni di immigrati;
- 2) fornire la propria assistenza ai bambini immigrati bisognosi, gratuitamente, anche in assenza di copertura assicurativa;
- 3) fornire un libretto sanitario alla famiglia contenente tutte le informazioni sanitarie relative al bambino e la eventuale assistenza prestata (vaccinazioni, particolari sensibilità ai farmaci, malattie importanti);
- 4) favorire la presenza di personale bilingue negli ambulatori con funzione di intermediazione culturale con le famiglie;
- 5) collaborare gratuitamente con le organizzazioni (volontarie e non) che si occupano dell'assistenza agli immigrati;
- 6) stimolare le istituzioni (a livello locale e statale) perché garantiscano l'assistenza sanitaria gratuita agli immigrati;
- 7) informare gli immigrati in merito alle modalità d'accesso ai servizi e ai programmi di salvaguardia della salute materno-infantile;
- 8) promuovere il miglioramento delle condizioni abitative e igienico-sanitarie degli immigrati;
- 9) cooperare ai programmi che riguardino l'assistenza prenatale e perinatale, la pediatria preventiva, la valutazione dello sviluppo, la medicina dell'adolescenza e lo studio del comportamento;
- 10) promuovere ricerche concernenti gli effetti delle condizioni di vita degli immigrati sulla salute e sullo sviluppo psico-sociale del bambino.

Accreditamento o certificazione?

(Materiale didattico del corso di formazione ACP per dirigenti pediatri ospedalieri)

I decreti legislativi 502/92 e 517/93 prevedono che -a parità di condizioni- possono operare nel Servizio Sanitario Nazionale sia istituti pubblici che privati e che i cittadini abbiano libertà di scelta. Ambedue gli offerenti di prestazioni devono, però, sottostare a una valutazione dei servizi offerti.

I due decreti citati stabilivano che entro il 31 dicembre 1993 (campa cavallo!) dovevano essere definiti:

1. i requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per le attività pubbliche e private,

2. l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili.

Si è chiamato ordinariamente questo processo di "accreditamento": si è cioè utilizzata una terminologia di derivazione USA (*Accreditation*), ma secondo una metodologia attivata anche in Spagna, Olanda, Australia, Canada, Regno Unito.

In realtà, in Italia, si tratta semplicemente di una certificazione di idoneità a operare, che sarà attribuita con un intervento che sulla carta sembra molto complesso e nel quale interverranno stato-regione-consiglio superiore di sanità. Poiché il 1993 è da tempo passato, con una soluzione tutta italiana, con la finanziaria del 1995 si è di fatto accettato che i privati, che già avevano le convenzioni, potessero provvisoriamente considerarsi in possesso dei requisiti minimi per averle. Cioè potevano continuare a operare all'interno del SSN. Del resto non potevano essi essere ragionevolmente danneggiati per una inadempienza dello Stato. Può essere pertanto che tutto il ragionamento che faremo più sotto, sulla certificazione, valga meno di un soldo bucato perché, magari, rimarranno di fatto convenzionate tutte le strutture pubbliche e tutte le strutture private precedentemente convenzionate anche se dal 1 gennaio 1997 le norme per i requisiti minimi devono essere approvate. Il Consiglio superiore di Sanità il 12 giugno scorso ha anzi rinviato al ministero una prima bozza perché considerata "incompleta". Ma torniamo a noi provando a ragionare su questo problema dell'accreditamento o certificazione come se ci fosse intenzione di considerarlo seriamente.

Abbiamo visto che c'è confusione sul termine *accreditamento*. I decreti parlano di *accertamento di requisiti* richiesti; il Piano Sanitario

Nazionale 1994-96 stabilisce che si dovranno "a livello regionale adottare strumenti giuridici ... per l'accreditamento ... e gli accertamenti periodici". Non è abbastanza chiaro insomma se l'accertamento di requisiti è una condizione per l'accreditamento e se i contratti per la fornitura di prestazioni sono condizionate dalla esistenza dei requisiti o da una ulteriore procedura di accreditamento. Del resto nel promemoria che le regioni hanno inviato al ministero il 14 giugno 1996, sulle cose di cui trattare, i requisiti minimi e l'accreditamento risiedono in punti diversi del promemoria e sono quindi intesi come cose diverse. L'*accreditamento* vero e proprio, dove viene eseguito, assomiglia più a una procedura mista di autovalutazione della struttura (*self assessment*) abbinata a una valutazione richiesta su base volontaria alla Joint Commission on Accreditation of Hospitals (J.C.A.H.). In ogni caso si è sempre in presenza di una valutazione della struttura condotta da pari anche se gestita da un'agenzia esterna (*surveyor*) che si avvale di una *survey* (specie di manuale), quale guida per la valutazione. Il *surveyor*, comunque, quasi sempre, è un'associazione non profit ed è emanazione delle associazioni medico-scientifiche; nel Regno Unito, invece, si tratta di solito di valutatori scelti fra il personale del SSN distaccati transitoriamente dagli ospedali per svolgere questa funzione. *Self assessment* e valutazione esterna fatta dal *surveyor* e relativa documentazione, vengono poi comunque confrontate in aperto contraddittorio e si trae dal confronto una conclusione globale e definitiva. La valutazione è, periodica (ogni 3-5 anni), l'ispezione dura circa 3 gg., e i criteri e gli indicatori usati nella valutazione sono, sempre più frequentemente (specie in Canada e nel Regno Unito), basati su un approccio sistemico: indici quantitativi di salute come mortalità operatoria o mortalità dei neonati di basso peso, numero dei nati nella istituzione, numero di casi operati con recupero del sangue, numero dei riscontri autoptici, ma anche soddisfazione degli utenti, considerazione della struttura da parte dell'area delle cure primarie, etc. Viene valutato anche l'andamento nel tempo (gli indicatori devono tendere a migliorare e ad aumentare l'efficienza e l'efficacia) e la situazione rispetto ad altri "concorrenti". Non è evidentemente per richiamare questi indicatori che abbiamo trattato l'obiettivo dei citati decreti legislativi.

L'obiettivo è in realtà molto più modesto: si deve *certificare* dall'esterno una serie di dati che assomigliano a requisiti minimi e che non sono affatto requisiti di qualità perché sono, sempre secondo i decreti legislativi, *strutturali, tecnologici e organizzativi*. Sono cioè requisiti di struttura e non di processo, di quantità e non di qualità. Essi sono anche molto diversi dalla certificazione cui si sottopongono volontariamente (*certificazione facoltativa*) le aziende per informare i loro clienti della esistenza di livelli di qualità più elevati di quelli che sono usualmente necessari per stare sul mercato e che toccano sia la struttura che i processi e la revisione di qualità (qualità totale). In questi casi, si tratta in genere di una valutazione di procedure sulla carta: si verifica cioè che esista una registrazione delle procedure attuate nell'azienda. Qualcuno ritiene che il termine *organizzativo*, che compare nei decreti legislativi, consenta di entrare nella discussione del *processo*, ma si tratta evidentemente di inguaribili ottimisti. È ben vero comunque che anche solo la valutazione dell'esistenza di procedure, come avviene nell'industria, sarebbe, negli ospedali, un grosso passo avanti. Le società scientifiche italiane, che hanno cominciato a entrare nel merito del problema stanno lavorando, per l'appunto, attorno ai requisiti architettonici, al personale, alle dotazioni strumentali. Nel processo di certificazione che esse preparano sembra che la valutazione si limiti a verificare la conformità allo standard che esse stesse hanno preparato. Il consiglio superiore di sanità ha comunque richiesto al ministero che si faccia distinzione fra raccomandazioni e indicazioni vincolanti. Probabilmente la confusione è derivata da questo termine *accreditamento*, nel quale ognuno ha visto del suo: alcuni illuministi hanno visto una opportunità in materia di revisione e qualifica della qualità, altri, più furbescamente, vi hanno visto uno strumento di fissazione di norme che potrebbero essere utilizzate in almeno due modi. Un primo modo: chi sta *sotto* la norma quantitativa (meno ricoveri, meno parti della norma ad es.) finisce col cadere nel limbo del non convenzionamento e smette di essere concorrente. Un secondo modo: chi sta *sopra* la norma usufruisce dei vantaggi in termini di personale, di attrezzature etc. che l'aver raggiunto il convenzionamento comporta come diritto per continuare ad esistere.

FORMAZIONE ATTIVA E COLLABORAZIONE FRA GRUPPI

Vogliamo con questa lettera illustrare un percorso formativo e di crescita del nostro gruppo, che ci sembra poter interessare molti, anche allo scopo di riportare questa rivista a quella finalità di scambio di informazione fra gruppi ACP che ci sembra essersi affievolita negli ultimi tempi, crediamo a causa di chi come noi non ha finora saputo dare un contributo attivo in tale direzione. Correva l'anno 1993, e uno sparuto gruppetto di una decina di pediatri di Torino e provincia continuava ad arrovellarsi sulla propria situazione. Eravamo ormai da anni iscritti all'ACP anzi affiliati come gruppo di Pediatria e Territorio; ma ci sentivamo comunque inadeguati, isolati e incapaci di incidere sulla nostra realtà, frustrati dal pigro immobilismo della pediatria torinese, incapace di offrire quegli stimoli culturali e quelle occasioni di aggiornamento che vedevamo maturare nei corsi e nei convegni ACP. Fu a quel punto che, proprio grazie ai contatti avviati in ambiente ACP, alcuni di noi parteciparono a un corso di aggiornamento per pediatri di base toscani organizzato dalla FIMP di quella regione, col contributo determinante di alcuni pediatri della ACP Toscana. Immediatamente venimmo affascinati dal metodo della formazione attiva che affiancava le lezioni teoriche al lavoro in piccoli gruppi, con obiettivi didattici precisi, calibrati sulle esigenze dei partecipanti e preventivamente concordati fra animatori ed esperti, con casi clinici e materiale didattico vario appositamente preparati per l'occasione, e infine con la puntuale valutazione del grado di apprendimento e di soddisfazione dei pediatri. Tutto ciò, vale a dire l'applicazione alla pediatria del metodo elaborato da Guilbert, ci parve funzionale alle nostre esigenze. Ci ripromettemmo allora di importare tali corsi nella nostra regione, soprattutto per dare a tanti colleghi un segnale di esempio di quel che si realizzava altrove; riuscimmo con uno sforzo organizzativo per noi nuovo, a trasportare docenti e un animatore a Torino, realizzando dal 3 al 5

giugno '94 un corso di aggiornamento sullo sviluppo motorio e relazionale nel primo anno di vita. Risultò problematico per noi trovare sede, sponsor ma anche partecipanti, ma il risultato fu un successo, cosicché, quando l'anno successivo importammo un analogo corso di ortopedia pediatrica, iniziammo ad avere un numero di richieste di partecipazione superiore ai posti disponibili. A quel punto, sfruttando l'esperienza accumulata e i consigli dei colleghi toscani, abbiamo cominciato a realizzare autonomamente piccoli corsi di aggiornamento con esperti torinesi, assumendoci noi stessi il ruolo di animatori. Siamo riusciti a organizzare una giornata di gastroenterologia e un'altra di urologia pediatrica e in entrambe le occasioni abbiamo dovuto replicare i corsi per soddisfare le richieste. Come risultato, siamo riusciti a coinvolgere più di un centinaio di pediatri di base che hanno sperimentato con soddisfazione quasi generale il metodo della formazione attiva, che hanno, molti per la prima volta, provato a lavorare in gruppo, che hanno preso contatto con, diciamo così, l'atmosfera ACP. E di conseguenza il nostro gruppo, oltre a essersi un poco allargato, è finalmente uscito dalla clandestinità, ha un piccolo ruolo nella pediatria torinese, è diventato un punto di riferimento per alcuni (soprattutto giovani) colleghi, sta benevolmente premendo sulla FIMP locale affinché attui, col concorso della Regione, un corso per animatori e successivi Corsi di formazione gratuiti e obbligatori per i pediatri piemontesi, come previsto dalla convenzione. Altra non secondaria conseguenza, stiamo pensando di far nascere un gruppo regionale ACP, col concorso anche di un discreto gruppo di pediatri ospedalieri, ma di ciò riparleremo se riusciremo nell'impresa. Perché piuttosto abbiamo voluto raccontare questa esperienza? Innanzitutto per ringraziare gli amici toscani, che meritano a questo punto la citazione: Enrico Solito, Massimo Generoso, Valdo Fiori, Monica Pierattelli oltre a quelli con cui non abbiamo avuto un rapporto diretto. Ma anche e soprattutto per mostrare quanto possa rivelarsi fruttuosa la spontanea collaborazione fra due gruppi locali, un modello che potrebbe forse interessare a qualcuno che si trovasse nelle stesse diffi-

coltà in cui versavamo noi fino a pochi anni fa. E infine poiché abbiamo letto di recente proprio su questa rivista (n.2 '96, pag.6) commenti molto pesanti sul metodo guilbertiano, con allusioni a conflitti di potere sulla formazione che andrebbero meglio chiarite, oppure tralasciate. Noi possiamo testimoniare che l'aiuto che ci è giunto dai colleghi toscani è stato proficuo e stimolante e non ci siamo certamente sentiti manipolati o condizionati.

Giovanni Garrone,
Chiara Guidoni, Maria Merlo
Torino

SPIRITO APERTO

Pregiatissima redazione, in qualità di Presidente della Di.Stu.Ri (Divisione Studi e Ricerche della FIMP Provinciale Palermo) ritengo necessario fare alcune precisazioni a proposito dell'articolo di S. F. su Quaderni ACP del Maggio 1996 "Corsi monoteisti dell'etnopediatria". Premesso che solo con uno spirito aperto all'intera realtà pediatrica del territorio si potrà giungere a una reale crescita e a un miglioramento globale, volevo precisare che "Il Pediatra di famiglia", non è "il giornale degli animatori di formazione", ma un giornale che nasce a Palermo e si propone di diventare il tramite culturale, per il momento solo cartaceo, dei Pediatri di famiglia che si stanno organizzando con un collegamento in rete per un intervento pediatrico sempre più efficace. A proposito poi dei tanto deprecati "Animatori" gelosi del modulo scoperto, mi pare doveroso ricordare che questi colleghi hanno seguito diversi Atelier di pedagogia medica secondo i noti criteri di Guilbert attualmente rivisitati e in continua evoluzione. I corsi di formazione sono quindi organizzati in base ad un'analisi dei bisogni, con obiettivi specifici da raggiungere e da valutare per un miglioramento della performance. Mi dispiace quindi per il collega che, arricciando il naso, ha rinunciato a priori a confrontarsi con una metodologia in continuo evolversi che, ne sono certa, avrebbe potuto arricchirlo di nuovi contenuti. Certa che vorrete pubblicare quanto scritto invio cordiali saluti

Milena Lo Giudice
Palermo

Le lettere di Milena Lo Giudice e dei colleghi di Torino si riferiscono a due articoli comparsi su Quaderni ACP.

Il primo, pubblicato nel numero di marzo 1996, era un tentativo di "messa a punto" dei sistemi di certificazione della formazione per i pediatri americani e inglesi (argomento su cui torna in questo numero Stefano Del Torso in "congressi controlloce"). Chi ha voglia di farsi un'idea di questi sistemi può dare un'occhiata andando al sito internet dell'ACP:

www.americaninternet.com/acp/forma.htm

Il secondo era una noterella del maggio 1996, in "congressi controlloce", dove giocando colpevolmente su un evidente refuso (il nostro direttore dice che l'aspetto ludico è fondamentale nella vita, tant'è vero che ha voluto la rubrica "un po' per gioco") ci si soffermava scherzosamente a sottolineare il "monoteismo guilbertiano" dilagante nella formazione del pediatra di base. In entrambi gli articoli ci si riferiva alla volontà (un po' provinciale?) di ricondurre tutta la formazione permanente al metodo guilbertiano e non all'inutilità di questo modello pedagogico che è stato utilizzato ampiamente, e da molti anni, in sede ACP (in certe sedi fin dagli anni '80). In entrambi gli articoli si voleva soprattutto sottolineare l'anomalia del sistema di aggiornamento che caratterizza la realtà italiana. Da noi l'unico (l'unico?) sistema di aggiornamento accreditato prevede l'utilizzazione di personale iscritto "all'albo regionale della formazione permanente"; in pratica, per occuparsi con ufficialità di formazione, si deve appartenere non ad una associazione scientifica (come avverrebbe in tutti gli altri paesi) ma ad una diramazione di un organismo sindacale che in subordine si definisce anche organizzazione culturale: lo si dice espressamente nella lettera di Milena Lo Giudice. In realtà non si tratta di un'anomalia italiana per due buoni motivi: 1) i medici di medicina generale hanno mantenuto distinto il ruolo delle associazioni e dei sindacati nel loro contratto (una distinzione a volte formale; ma la forma in taluni casi mostra anche la capacità di saper rispettare le regole della convivenza) 2) perché non si ripete nel contratto della dipendenza: qui vi è una quota di aggiornamento obbligatorio organizzato dai fruitori dentro

le Aziende e una quota, scelta sempre dal fruitore, nei calendari congressi.

Ci sembra che persone aperte (lasciamo stare gli spiriti) - come quelle che si occupano di formazione - debbano riflettere su queste e altre particolarità del contratto dei pediatri di libera scelta. In Sicilia, ma non solo qui, a tutti i pediatri arriva periodicamente una lettera in cui si ricordano le sanzioni "possibili" qualora non si frequentino i corsi organizzati da organismi, come appunto la Di.Stu.Ri di Palermo.

Non par d'esser dinnanzi a guilbertiani propriamente ortodossi!

Qualche dubbio è legittimo? È un problema di metodologia o di potere?

L'art. 8 del contratto recita al comma 15: "il pediatra è tenuto a frequentare obbligatoriamente i corsi destinati a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi, definiti a livello regionale o aziendale del servizio. Il venir meno a tale obbligo, senza motivata e documentata giustificazione (...) comporta l'adozione di sanzioni". Le regioni (tutte? quasi tutte?) si sono ben guardate dall'organizzare corsi sui bisogni organizzativi (gli animatori che avrebbero dovuto stimolarle?) e hanno ben pensato di utilizzare i fondi per la formazione esclusivamente "per i bisogni professionali". Ma il resto della formazione ("per la quota parte corrispondente ai bisogni professionali", comma 12 dello stesso articolo 8) non è affidato alla libertà dei pediatri? (la libertà, fermo restando l'obbligo della formazione, anche di frequentare corsi organizzati da strutture non sindacali?) Da troppo tempo, in Italia, il dibattito scientifico sulla formazione è fermo: da dieci anni nessuna novità (si veda il bell'intervento di Panizon su *Medico e Bambino* 8, 1987); nessuno stimolo dall'esperienza degli altri paesi civili. Solo qualche bla bla di cattedratici-politici come Condorelli o di boss come Luigi Frati (*A.S.I.* 1996;37:46) di cui parleremo nel prossimo numero. Da troppi anni, in Italia, il dibattito sulla formazione è ostaggio di forze che hanno dimenticato l'importanza di un confronto scientifico. Confrontarsi, dice Milena Lo Giudice, e ha ragione. Confrontarsi su che? Sul metodo? Certo che no: la metodologia per obiettivi è fuori discussione come a noi sembra fuori discussione che non sempre e non tutto si possa ridur-

re a Guilbert (Guilbert rivisitato dice Milena Lo Giudice: a questo proposito c'è una battuta molto carina di Avedis Donabedian). Sui bisogni formativi dei pediatri? Certo che sì. A noi pare che l'epidemiologia sia alla base (anche) dei bisogni formativi, particolarmente per quanto attiene i temi organizzativi. Ci sono dei dati palermitani (tasso di allattamento al seno a un mese inferiore al 20%, secondo i risultati preliminari del gruppo ACP) che farebbero pensare alla utilità di trattare un argomento come l'allattamento al seno, anche se questo non è forse gradito a chi sul "non allattamento" ha un suo mercato e spesso contribuisce all'aggiornamento. Confrontarsi su che? Sui bisogni professionali? Certo che sì. Purtroppo nella convenzione (né altrove) nulla si dice su come la formazione debba essere suddivisa: quanti corsi nazionali, quanti corsi per piccolo gruppo etc (si veda ancora una volta il sistema di credit anglosassone). Ma è difficile pensare che la scelta dei temi non debba essere fatta facendo riferimento ai temi più trattati dalla letteratura internazionale nell'anno in corso. Non par dubbio, per restare all'esempio dell'allattamento al seno, che questo sia attualmente al top dell'interesse, da quando sono emersi non solo collegamenti nutrizionali ma possibili rapporti con malattie come il diabete tipo I, la stenosi pilorica, l'infezione urinaria e forse la sclerosi multipla. Sul modo come progettare la formazione? Certo che sì. Vista la quota ridicola di formazione pagata dalle aziende è difficile pensare, ad esempio, che sia corretto affidare la selezione, come si fa (e non la semplice organizzazione come è scritto) a un organismo di emanazione sindacale. Ed ancora: il confronto può essere utile sulle forze che possono contribuire a fare qualcosa nel campo. Esiste a Palermo un gruppo di pediatri che in dieci anni ha realizzato una trentina di corsi di formazione permanente e che con qualche competenza si è occupato non solo di pedagogia medica, ma anche di organizzazione sanitaria. Insomma la disponibilità al confronto è totale. Ridurre il "confronto" all'accettazione del metodo guilbertiano è l'ultima cosa che salterebbe in mente a qualsiasi persona dotata di buon senso.

Salvo Fedele

PEDIATRIA DI COMUNITÀ, DOV'È?

Egregio direttore, vedo che la sua rivista, che un collega pediatra mi passa, continua a dare grande importanza a una parte della pediatria che non esiste in nessun paese europeo e tanto meno in Italia: la pediatria di comunità. Essa risulta perciò una invenzione di chi vuole proteggere quote di pediatri annidati nei servizi che vogliono tutelare quasi solo se stessi.

Luigi Allegranza,
medico di medicina generale

L'argomentazione della lettera di Allegranza sembra francamente un po' retrò. Non citeremo il piano sanitario nazionale perché -si potrebbe dire- è effetto delle pressioni di chi è "annidato nei servizi". Gli rivolgiamo un invito più obiettivamente valutabile: sfogli le offerte di posti di lavoro di Lancet (in fondo al fascicolo sotto la voce Classified) e si annoti le richieste di "consultant in Community Pediatrics", o di "consultant in Community Child Health". Prenda nota anche, nella nostra rubrica APPUNTAMENTI in questo stesso numero, dell'avviso di un congresso internazionale di pediatria di comunità. Forse saranno cose più convincenti di più lunghe nostre repliche che, ne siamo certi, non lo farebbero mutare opinione.

G.B.



FARMACI & INFORMATORI

Caro direttore, l'ordine dei medici della provincia di Forlì ha pubblicato i "principi" ai quali si dovrebbero attenere i medici e gli informatori scientifici. Forse alla sua rivista interessa discuterli.

Sulla qualità delle informazioni l'ordine precisa, ma non è una novità, che questa dovrebbe essere scientificamente corretta, non imperniata sul confronto denigratorio con altri prodotti concorrenti, sintetica, non ripetitiva e assolutamente documentata. Nessuna affermazione dovrebbe essere effettuata senza documentazione.

Il numero di accessi che l'ordine consiglia è di 4 per anno fatta salva la possibilità di altri accessi per la presentazione di principi attivi effettivamente nuovi. Il numero di accessi per giorno potrebbe essere di 4 collaboratori, prefissati con un calendario precisamente determinato mediante prenotazione.

La presenza contemporanea del collaboratore e del capoarea dovrebbe ritenersi eccezionale e preventivamente comunicata. Anche se manca un suggerimento sul tempo da dedicare all'intervista a me sembrano suggerimenti ragionevoli che potrebbero essere sostenuti e diffusi.

L.G. Castrocaro

Opinione dei lettori?

Le aspettiamo.

FATE LA VERA CARITÀ

Oggi non è più semplice come una volta fare la carità, è necessario che sia "vera", occorre un bisogno vero perché da un bel po' le nostre strade sono piene di bisogni falsi: ci dice che ha bisogno e invece non ne ha. E allora l'uomo caritatevole si confonde, spesso desiste nel timore di privarsi inutilmente di un suo bene e addirittura di sentirsi truffato. Ma c'è chi se ne avvantaggia per fare la "falsa" carità: dare, per avere qualcosa in cambio. Poco importa se il bisogno non c'è quando quel che si dà appartiene ad altri. Oggi giorno non è semplice realizzare uno stato sociale fondato sulla mutualità; bisogna stare attenti al falso bisognoso come al falso caritatevole. In Italia il legislatore ha da sempre dato al sistema sanitario forti priorità promulgando leggi generose di investimenti economici per cogliere l'obiettivo di un recupero civile e sociale dei cittadini meno abbienti.

Ma è noto a tutti come da anni il perfido gioco "falso bisognoso/falso caritatevole" abbia vanificato gran parte degli sforzi ed escluso di fatto chi veramente necessita di aiuto, realizzando troppo spesso delle megatruffe ai danni del contribuente.

Alle soglie del 2000 in un mondo in cui la sanità è sempre più prevenzione, comprendere che proprio i più malmessi sfuggono al servizio sanitario nazionale è estremamente importante.

Inoltre l'individuazione di indicatori di rischio sociale è indispensabile per rielaborare una concezione più concreta dell'assistenza.

Occorre pensare a un nuovo progetto di legge che se da un lato individui i veri destinatari della spesa sanitaria, dall'altro subordini ad esso la elargizione di fondi già esistenti.

Individuare chi ha bisogno con criteri più sicuri e vincolare a loro ogni intervento. Potremo sperare in una società dove chi riceve è quello che ha veramente bisogno.

Aldo Esposito,
Pediatra di base,
Secondigliano, Napoli.

Un progetto di legge?
Basterà?



Common dangers of bottle feeding

all'interno:

- *Leggere & fare*
Segnalazioni pratiche per persone pratiche
- *Aggiornamento avanzato*
L'assistenza integrata al bambino oncologico
- *ABC in pratica*
I bambini con bisogni speciali: una rassegna bibliografica
- *Saper fare*
Occuparsi insieme del bambino con diabete mellito
- *Un po' per gioco*
L'assurdo e il bizzarro sempre o quasi senza ostilità

Quando la medicina non è "evidence-based"

La storia della Sindrome della morte improvvisa

di Giancarlo Biasini

Ripercorrere la storia del chiarimento della etiopatogenesi della Sindrome della morte improvvisa (SIDS) può aiutare i medici pratici e i cultori di scienza a una accettazione dei fatti più aperta, a una applicazione meno ottusa del metodo scientifico.

Proviamo a percorrere insieme, per grandi capitoli, la storia dei fatti che hanno portato alla comprensione che una condizione favorente la SIDS è la posizione dei latranti nel sonno.

Lo facciamo anche sulla base di uno studio sostenuto dalla Commissione Europea (studio COPERNICUS pubblicato su *Health policy* 1996;37:117).

Fino al 1960 i bambini in Europa dormivano a pancia sopra (*J. Pediatrics* 1960;57:571). Nel corso degli anni 60 vengono presentate ricerche che suggeriscono che possono esservi dei vantaggi, specie nei prematuri, nel dormire a pancia sotto: ridotto reflusso G.E., minore spesa di energia, prevenzione della scoliosi, migliore sviluppo psicomotorio, minore pianto del bambino. (Di queste "evidenze" da cui è partita la posizione prona ha svolto una rassegna Engelberts in *Arch. Dis. Child* 1990;65:462). Le suggestioni sulle quali si basa il consiglio di far dormire proni i bambini sono largamente aneddotiche; si riferiscono a gruppi particolari

come i prematuri o i bambini con sindrome di Pierre Robin; quasi costantemente rappresentano estrapolazioni alla clinica ed alla medicina pratica di dati di fisiologia e talora di biochimica dei gas respiratori. Non c'è, però, alcuna prova documentata, né alcuna ricerca, che la nuova posizione, a pancia sotto, sia più utile della vecchia sullo sviluppo o sulla qualità della vita. Nel 1971, al 13° congresso internazionale di Pediatria a Vienna, e successivamente in altri congressi, Reisetbauer e Czermack (*Peadiatrische Praxis* 1972;11:5) consigliano di fare dormire tutti i neonati a pancia sotto nonostante che i dati a disposizione siano quelli che abbiamo sopra riassunti.

Va ricordato, anche, a parziale sollievo dei suggeritori della posizione prona, che in quel tempo vi era una discreta confusione sulla esistenza della SIDS come entità nosologica a parte; tanto vero che questa causa di morte entra per la prima volta nella classificazione internazionale delle malattie solo nel 1979.

Vi sono articoli, ancora nel 1989, che giudicano la SIDS un polverone (Emery. *BMJ* 1989;299:1240). Rimane comunque ingiustificato l'atteggiamento di chi, senza prova di utilità, invita a cambiare una routine consolidata nei secoli senza porsi il problema delle possibili conseguenze. A metà degli anni '80 gran parte dei bambini

dorme a pancia sotto. A posteriori, riconsiderando alcuni studi (vedi Beal *Lancet* 1988;2:512) degli anni 1965-72, ci si rende conto che già allora vi era chi aveva riscontrato una più bassa frequenza di casi di morte in culla nella posizione supina che nei controlli. Il dato non era stato valutato dagli innovatori di allora.

Negli anni 1984-85 in Germania Saternus, in Belgio Kahn (*European J. Pediatr.* 1984;143:103) riportano dati che sembrano suggerire che i "near misses" dormono più spesso proni. Da Hong Kong giunge a *Lancet* un articolo (1985;2:1346), feroce-mente criticato per la mancanza di controlli, sulla rarità in Oriente sia di SIDS che di posizione prona nel sonno. La cosa è guardata con così poca attenzione che un articolo di rassegna degli *Archives* (1985;60:505) neppure cita la posizione fra i possibili fattori etiologici della SIDS. Gli studi di allora sono poi svolti sul materiale disponibile, alla ricerca di una ipotesi e quindi sono retrospettivi; i risultati degli studi vengono quindi considerati inattendibili dagli *scienziati*.

Nel 1986 uno studio australiano (*Lancet* 1986;1:106), e nel 1987 uno studio francese (*Arch. Franc. Pediatr.* 1987;44:131) collegano SIDS e posizione nel sonno. Nel 1989 De Jonge dimostra una forte associazione (*BMJ* 1989;298:722) fra le due evenienze. Intanto in Olanda, in

seguito ad una conferenza che -rilanciata dai media- ebbe una straordinaria diffusione, molta parte della popolazione adotta la posizione supina; ricerche successive dimostrano che, dopo la conferenza, il 46% dei bambini olandesi viene fatto dormire a pancia sopra contro il 19% di prima. A posteriori si scoprirà che la mortalità per SIDS cade da 1.04 a 0.44 per 1000 in 5 anni.

Un editoriale del *BMJ* ancora nel 1989 (1989;298:689) però, valutando gli studi australiani e francesi, dichiara che non ci sono sufficienti dimostrazioni per suggerire di fare dormire i bambini a pancia in su. Quante ce n'erano state per farli dormire pancia sotto? Qualche, ortopedico, si immalinconisce e sostiene che il rischio di scoliosi nella posizione supina è troppo grande per fare questo arduo passo (*BMJ* 1989 298 959).

Nel 1990 uno studio inglese caso-controllo (*BMJ* 1990;301:85) dimostra una incidenza di SIDS 9 volte più alta nei dormitori proni. Perché ciò accada non è chiaro; si comincia a pensare che non sia certo la posizione prona che provoca la SIDS, ma è assai probabile che, dormendo proni, si favoriscano condizioni che producono la SIDS.

Siamo nel 1990. Negli anni precedenti, l'industria ha fatto nascere il business dei monitor e ora è pronta a invadere il mercato. Nel 1990 sugli *Archives* (1990;65:689) viene pubblicata una rassegna sui monitor dell'apnea senza menzione della nuova ipotesi patogenetica!

In Emilia-Romagna una raccomandazione effettuata ai pediatri di base da una USL viene fortemente criticata da un gruppo di medici che si occupa di SIDS come "per lo meno prematura".

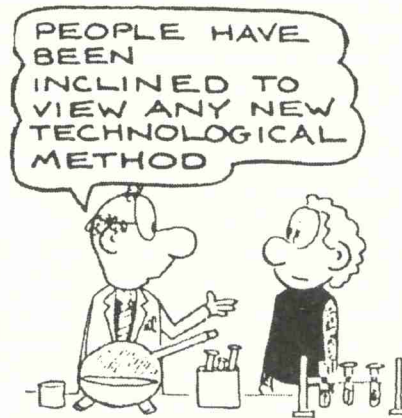
Nel 1991 compaiono due studi in Tasmania e Nuova Zelanda (caso-controllo) (*Lancet* 1991;337:1244) che concludono allo stesso modo dello studio inglese di un anno prima. Da allora gli studi si susseguono.

Nell'ultimo anno Quaderni ACP ha recensito due lavori (*J. Pediat* 1996;128:626, *Lancet* 1996;347:7) che provano la chiara influenza della posizione supina nella profilassi della SIDS. Nel luglio del 1996 (*BMJ* 1996;313:191) viene pubblicato uno studio inglese (1993-1995), ambienta-

to in 3 regioni con una popolazione di 17 milioni di abitanti, che dimostra un rischio relativo per i dormitori in posizione prona di 9.58 rispetto ai dormitori a pancia sopra.

È dato, insomma, oramai acquisito che chi dorme supino corre un rischio molto più basso degli altri. Come effetto di trascinamento si è acquisito il dato che il rischio di SIDS aumenta con il fumo della madre (*BMJ* 1966;313:195).

Dal 1990 in poi, in tutti gli stati europei vengono promosse campagne per promuovere il cambio di posizione o da parte di governi, regionali o nazionali, o di società scientifiche sulla base dello statment dell'American Paediatric Association, o di Associazioni laiche (Gran Bretagna, Danimarca, Germania). Fanno eccezione alcuni stati dell'Europa meridionale: l'Italia, la Spagna, il Portogallo, la Grecia. Il Belgio che aveva fatto la scelta di forzare l'uso degli apnea-monitor, anche se non ci sono studi che ne dimostrino la utilità, non recede. È completamente mancato, sull'argomento, un orientamento da parte della CEE e del comitato europeo dell'OMS.



Commento

1. La scelta della posizione prona è stata fatta estrapolando dati di fisiologia appartenenti ai neonati prematuri; ciò prova una volta di più il pericolo che c'è nel rifarsi a conoscenze di fisiologia o di biochimica, o comunque di scienza di base, per suggerire comportamenti pratici, tanto più se

suggeriti a livello di popolazione, senza averli prima sperimentati nell'empiria. Si è trattato insomma di tutto meno che di una medicina basata sulle prove.

2. I dati sulla utilità della posizione supina per la prevenzione della SIDS erano disponibili fino dalla metà degli anni '80, ma non sono stati valutati nel loro significato reale.

Successivamente in presenza dei primi dati si sono chieste più prove invece di valutare con umiltà quelle che già c'erano. Dimostrazione questa della incapacità a valutare il reale, la pratica, da parte della scienza.

3. Altra considerazione: l'aver snobbato gli studi retrospettivi senza avere verificato le ipotesi che suggerivano è un altro errore metodologico quasi imperdonabile. Si è, cioè, fatto il rovescio del punto 1 quando si è accettato senza prove una impostazione ritenuta "scientifica" perché proveniente dalla scienza di base. La scienza, insomma, ha contato nella pratica molto più della pratica nella scienza.

4. L'abitudine dei medici a essere scettici sulla possibilità che semplici e naturali misure possano modificare la storia naturale delle malattie ("possibile che dormire a pancia sopra sia più efficace di uno strumento elettronico?") può dare una relativa spiegazione alla resistenza che autorevoli riviste hanno offerto all'accettazione dell'evidenza (la cosa s'è già verificata con le resistenze dei medici ad accettare le soluzioni orali nel trattamento della diarrea acuta).

5. Rimane da sapere -e non si saprà mai- quanto in questo ritardo di accettazione di dati abbia contato l'industria delle tecnologie mediche più interessata a forzare l'uso degli apnea monitor che a far girare i bambini dall'altra parte. È certo comunque che l'uso delle tecnologie, per esempio nel campo della monitoraggio fetale, ha avuto uno sviluppo superiore alla efficacia dimostrata dagli strumenti, mentre l'uso delle soluzioni orali per la cura della diarrea ha avuto una diffusione assai inferiore all'efficacia dimostrata in decine e decine di studi controllati.

UN MODELLO DI RICERCA PARTECIPATA IN PEDIATRIA AMBULATORIALE.

Obiettivi Verificare, nella comunità, l'efficacia di un ciclo antibiotico con amoxicillina-clavulanico nel decorso delle *otiti medie con effusione* in bambini dai 6 mesi ai 6 anni.

Metodi Lo studio è stato condotto in Olanda negli ambulatori pediatrici. I general Practitioners che hanno partecipato, nei loro ambulatori, alla ricerca sono stati reclutati nel raggio di 150 Km dal dipartimento di Utrecht e si sono sottoposti preliminarmente a un training per la timpanometria.

Si trattava di un R.C.T. che metteva a confronto due gruppi di bambini dai 6 mesi ai 6 anni, affetti da O.M.E. (diagnosticata con otoscopia e timpanogramma) persistente da almeno 3 mesi.

Dei 433 bambini arruolati a una prima visita, 223 (52%) hanno avuto confermata la diagnosi a una seconda visita dopo 3 mesi; 162 sono entrati nella randomizzazione.

Ottantadue hanno assunto amoxicillina-clavulanico per 14 giorni alla dose giornaliera di 20 mg/kg di amoxicillina e di 5 mg/kg di clavulanico in 3 dosi; veniva verificata la compliance e rilevati gli effetti collaterali. Ottanta hanno assunto il placebo sotto forma di sospensione allo stesso gusto. Entrambi prendevano dei decongestionanti nasali dello stesso tipo e alle stesse dosi.

Era prevista una prima visita per l'arruolamento, una seconda dopo 3 mesi per la conferma della O.M.E. e un'ultima visita alla fine dei 14 giorni di trattamento.

Risultati Nove bambini sono stati persi allo studio, per cui sono rimasti 79 pazienti tra i trattati e 74 nel gruppo del placebo; la compliance è stata sovrapponibile nei 2 gruppi (90% a 10 giorni). Nessun serio effetto collaterale è stato riportato da genitori e medici, anche se il 30% ha presentato lievi effetti collaterali a carico del sistema digestivo nel gruppo dei trattati contro

il 18% nel gruppo del placebo. L'O.M.E. persisteva in entrambe le orecchie nel 53% nel gruppo dei trattati vs 84% nel gruppo del placebo e in un solo orecchio nel 77% vs 93%, dimostrando un effetto a breve termine superiore del trattamento antibiotico vs placebo, confermato da Odds ratios di 0.25 per le bilaterali e di 0.30 per le monolaterali.

Conclusioni Gli autori concludono che lo studio ha dimostrato l'utilità di un trattamento antibiotico nelle O.M.E. nel breve termine. La conclusione operativa è che prima di inviare un bambino dal chirurgo vale la pena di essere instaurato il trattamento. Per lo scarso numero di bambini arruolati sotto l'anno questa conclusione non può essere estesa a questa fascia di età.

Commento Questo articolo presenta diversi spunti interessanti su cui riflettere:

1. *Sulla trasferibilità:* nel valutare la trasferibilità di questi risultati va tenuto conto del diverso atteggiamento dei medici olandesi nel trattamento delle otiti acute: infatti essi raramente prescrivono antibiotici a differenza dei pediatri italiani.

2. *Sul significato clinico:* lo studio dimostra l'utilità del trattamento, ma viene valutato solo l'effetto a breve termine. Nulla si sa sul follow-up e sul reale destino dei trattati vs placebo. Inoltre è assai strano l'aver incluso bambini sotto l'anno per la rarità di questa patologia in questa fascia di età.

3. La cosa che più ci preme sottolineare, però, e il motivo per il quale l'abbiamo recensito consiste nel fatto che lo studio è stato condotto in un contesto ambulatoriale, col coordinamento di un Centro Universitario. Era previsto un addestramento ad hoc dei ricercatori.

Lo studio rappresenta quindi un ottimo esempio di lavoro di ricerca in un contesto di collaborazione in reale parità fra centro universitario e medicina ambulatoriale. In Italia ricerche che prevedono l'uso del farmaco sono di difficile realizzazione in un setting ambulatoriale.

Quando vengono realizzate di solito avvengono con compilazione di moduli prestampati e senza una reale partecipazione del

medico pratico alla progettazione della ricerca.

Non si parli poi del training presso il centro-guida per omogenizzare i metodi di studio e di rilevamento!

F. Van Balen - Double-blind randomised trial of co-amoxiclav versus placebo for persistent otitis media with effusion in general practice. *Lancet* 1996;348:713

Parole chiave Antibiotici, OME, ricerca in pediatria ambulatoriale

short

I GIORNI DEL FLUTICASONE

L'articolo di Todd comparso su *Lancet* (1996;348:27) di cui abbiamo presentato la recensione nel numero precedente di Quaderni ha sollevato, come si poteva immaginare, il ricevimento di numerose lettere da parte dei lettori della rivista inglese. Come si ricorderà l'articolo consisteva nella raccolta di 8 casi nei quali la sostituzione di beclometasone ad alte dosi con fluticasone ad alte dosi aveva portato a difetto di crescita staturale e soppressione della secrezione cortisolica.

Alcune lettere sono "contro": sottolineano che i casi sono pochi, che le dosi usate sono eccessive, che la soppressione del cortisolo poteva essere stata cagionata anche dai farmaci precedenti, che la misurazione dell'altezza deve essere fatta con estrema attenzione, che si tratta di effetti su cui influiscono molti fattori e così via. In effetti tutte cose del tutto ragionevoli. Ci sono invece un paio di osservazioni che sono "pro" e confermano che il nuovo farmaco ha qualche difetto dei vecchi cortisonici topici e magari qualcuno in più. Lipworth ha misurato la soppressione cortisolica dopo fluticasone e dopo budesonide in pazienti adulti con aumenti di dose da 250 a 1000 microg. due volte al giorno e ha provato che la soppressione è più elevata per il fluticasone (45% vs 17%). La spiegazione, secondo l'autore, sta nella più lunga emivita del nuovo farmaco.

Brus ha studiato l'effetto soppressivo del

flunisolide (1000 microg. due volte al dì), del fluticasone (880 microg. due volte al dì), del beclometasone (880 microg./due volte al dì) e ha trovato una soppressione del cortisolo urinario nella misura dell'89% nel caso del fluticasone, gli altri farmaci non hanno soppresso più del placebo. Anche Brus ritiene che la più lunga emivita del fluticasone e, "aggiunge", il volume di distribuzione da 4 a 5 volte maggiore, sia all'origine del fatto.

Come si vede una discussione molto interessante nei riguardi di un farmaco nuovo e presentato forse con enfasi appena eccessiva.

Lancet 1996;348 919

Parole chiave Fluticasone, cortisonici

GLI ANTIBIOTICI ASSOCIATI SI ASSOCIANO AI GUAI

Obiettivi L'obiettivo della ricerca è di valutare l'incidenza della diarrea associata al trattamento con 10 gg di Amoxi+clavulanico(Ac) per l'otite media e la presenza associata di *Clostridium difficile*(CD) nelle feci. Il CD attraverso le sue tossine A e B provoca la colite pseudomembranosa.

Metodi Sono stati "arruolati" bambini di età da 12 a 47 mesi trattati con Ac in un setting ambulatoriale in Virginia. Esami delle feci per la ricerca dei germi responsabili della diarrea e del CD e delle sue tossine sono stati effettuati ad inizio e fine trattamento con un metodo immunoenzimatico. Venivano esclusi dall'arruolamento bb che avessero, nei gg precedenti, fatto altri trattamenti antibiotici con l'eccezione dei trattamenti profilattici a dosi ridotte con eritromicina, amoxi, o trimetoprim sulfametossi.

Risultati I bambini arruolati e utili per la sperimentazione sono ammontati a 66. Nessuno di loro aveva il CD all'inizio della terapia. venticinque bambini (30%) ebbero diarrea definita come 2 o più scari-

che esclusivamente acquose o con qualche particella formata. La diarrea cominciò, mediamente, dopo 2.5 gg dal trattamento. In 6 di questi bb con diarrea (22%) fu ritrovata la tossina del CD nelle feci a fine cura. Il CD fu ritrovato anche in 4 bb senza diarrea (7%). La differenza fra i due gruppi(con diarrea e senza diarrea) era significativa (p 0.03). La durata della diarrea fu più lunga fra i bb con CD (p 0.03) e fu più cospicua. La presenza di CD nelle feci si dimostrò, dunque, associata a un rischio maggiore di diarrea (p 0.02).

Conclusioni Gli aa concludono che: il 30% dei bb trattati con Ac ha diarrea; alla conclusione di 10 gg di terapia il 22% di questi bb con diarrea ha il CD nelle feci; ciò fa presumere un rapporto fra trattamento e presenza di CD; la frequenza del ritrovamento è significativamente più alta nei bb con diarrea che in quelli senza diarrea; ciò fa presumere la presenza di una associazione fra CD e diarrea; complessivamente nel 15% del bb trattati con Ac presenta il CD nelle feci. In letteratura c'è un altro studio che dimostra che il 25% dei bb con diarrea da antibiotici ha nelle feci il CD.

Commento Il CD è l'agente della colite pseudomembranosa (CP) che è una malattia di entità non trascurabile (vedi in *Nelson 15^a ed. 1996. pag. 819*).

La ricerca degli aa statunitensi è stata condotta in un ambito ambulatoriale che è molto meno rischioso di quello ospedaliero. Il CD, infatti, è frequentemente presente nell'ambiente ospedaliero e viene trasmesso per via orofecale da pazienti colonizzati a pazienti non colonizzati.

La presenza del bacillo in bb trattati fuori dagli ospedali induce una ancora maggiore prudenza nell'uso di farmaci cosiddetti a largo spettro.

La bonificazione del paziente infatti è non di rado abbastanza difficile e indaginoso.

D. K. Mitchell et al. - Prospective study of toxigenic Clostridium difficile in children given amoxicillin/clavulanate for otitis media. Ped. Inf. Dis. J. 1996;15: 514

Parole chiave Antibiotici, C. Difficile, Diarrea associata ad antibiotici

short

QUANTO TOSSISCONO I BAMBINI?

Lo strumento usato in questa sperimentazione è complicatissimo e dispendioso (monitorizzazione per 24 ore con curva flusso-volume, ecg, emg, microfono, accelerometro) ma è servito però a chiarire qualche dato di difficile raccolta con altri sistemi che si sono rivelati molto inaccurati. Su 41 bambini *normali e senza storia personale o familiare di asma*, residenti a Londra, di età fra 8 e 12 anni, si è condotta una ricerca per sapere quante volte al giorno tossiscono i bambini. I 41 bambini hanno tossito una media di 10 volte/die; una media del 12% ha avuto da 1 a 7 episodi di tosse piuttosto lunghi. La tosse era diurna tranne in due bb che hanno tossito di notte: uno con un episodio, uno con tre. Tre altri bambini, che avevano una infezione respiratoria acuta, ovviamente tossirono assai di più: ebbero rispettivamente 10,14 e 100(sic) episodi di tosse nelle 24 ore. Calcolando il coefficiente di variazione un normale bambino londinese tossisce da 1 a 29 volte al giorno mentre tossisce raramente di notte. Poiché i bambini di questa età hanno in media 5-8 infezioni respiratorie per anno con una durata media di 7-9 giorni, e occorrono 3-4 episodi di polmonite ogni 100 bambini sempre per anno (*Lancet 1996;348:699*), l'evenienza della tosse è un evento molto atteso nella vita dei bambini: infatti oltre alla tosse "normale" (1-7 volte) vi sono almeno 50 gg, o giù di lì, in cui il bambino, avendo una infezione delle vie respiratorie, tossisce di "più del normale" (10-100 volte) di giorno e anche di notte. La ricerca -se utilizzata dai pediatri nei loro ambulatori- può servire a tranquillizzare le madri che temono i colpi di tosse? Forse no, ma qualcuna capace di intendere correttamente questi dati forse c'è.

Munyard P. et al.-A. Dis. Ch. 1996;74:531

Parola chiave Tosse

L'assistenza integrata al bambino oncologico

Il ruolo del pediatra di base

di G. Masera*, C. Rizzari*, A. Colombini*, A. Sala**, L. Bigalli, M. Jankovic, A. Alberti***

*Clinica Pediatrica Università di Milano - Ospedale S. Gerardo Monza; **Pediatra di base USSL 32 Monza; *** Pediatra di base AUSL Cesena

La rubrica "aggiornamento avanzato" è stata pensata per accogliere gli aspetti della medicina che stanno innovando, o innoveranno, la pratica pediatrica corrente.

Nello scorso numero abbiamo parlato della PCR che ha attualmente ancora aspetti applicativi modesti, anche se molto importanti, ma che è presumibile che nei prossimi anni sarà a disposizione dei pediatri per la definitiva definizione di non poche malattie la cui diagnosi di laboratorio è attualmente basata sulle indagini sierologiche.

L'articolo che pubblichiamo in questo numero non riguarda tecnologie o metodologie scientifiche avanzate, ma piuttosto applicazioni avanzate della routine assistenziale.

Questa è una delle frontiere della moderna medicina.

È opinione comune di coloro che si occupano di valutazione degli interventive uno degli obiettivi "avanzati" dei prossimi anni sarà, infatti, quello di sapere utilizzare

al meglio tutte le risorse che si hanno a disposizione nelle strutture sanitarie.

Questo è infatti il solo modo per ridurre la distanza che intercorre, (o come si dice in termini tecnici lo "scarto") fra "quello che si vorrebbe fare" e "quello che si riesce a fare".

Premesse

I cambiamenti verificatisi nell'assistenza pediatrica in Italia in questi ultimi anni hanno determinato un mutamento delle prospettive terapeutiche (e quindi prognostiche) di molte malattie croniche a cui è corrisposta la necessità di un adeguamento operativo e culturale da parte del pediatra di base.

Il rapporto tra pediatra di base e bambino-famiglia è stato sempre più percepito come parte essenziale nella gestione della malattia cronica.

Il bisogno di "scambiare" informazioni con i medici del centro di cura e di "acquisire" cultura sull'argomento specifico è quindi diventato sempre più importante.

Nelle patologie croniche in generale, in quelle oncologiche in particolare, i potenziali margini di intervento del pediatra di base si sono andati ampliando proporzionalmente al miglioramento dei risultati.

In questo breve articolo verrà approfondito il significato delle varie figure professionali coinvolte direttamente nell'assistenza al bambino con patologia oncologica alla luce dei profondi cambiamenti verificatisi in questi ultimi anni nell'assistenza pediatrica in Italia. Si formuleranno infine alcune raccomandazioni (linee guida) elaborate sulla base dell'esperienza, ormai pluriennale in questo campo, maturata in un centro di cura specialistico

come quello della Clinica Pediatrica di Monza e discusse in un incontro con i pediatri di base di Cesena.

I bisogni del bambino e della famiglia

Quando viene diagnosticata una malattia tumorale la famiglia si trova improvvisamente ad affrontare una realtà nuova, drammatica, caratterizzata in genere da una situazione che comporta una elevata probabilità di morte ma, nel contempo, una più o meno rilevante possibilità di guarigione se affrontata adeguatamente.

Schematizzando una situazione molto complessa, i bisogni che la famiglia deve affrontare possono essere così sintetizzati:

- comprendere la nuova realtà e le implicazioni che comporta sul futuro della vita del figlio e sui cambiamenti che la famiglia dovrà affrontare,
- avere certezza sulla diagnosi ed essere informati sulle caratteristiche della malattia, sulla prognosi e le possibilità di cura,
- acquisire la convinzione che il centro di cura è in grado di fornire le cure ottimali,
- avere fiducia nei medici curanti,
- essere aiutati a reimpostare i programmi di vita sia dai medici che dagli operatori dell'area psico-sociale,
- non sentirsi isolati, potendo contare sia su medici specialistici che sul proprio pediatra in grado di infondere fiducia e capacità di reazione positiva nell'impegno

capacità di reazione positiva nell'impegno a sconfiggere la malattia,

- poter affrontare non solo le decisioni importanti ma anche i piccoli problemi clinici riducendo il più possibile il disagio di trasferimenti, se non indispensabili,
- capire la nuova realtà nella quale si è improvvisamente trovato coinvolta,
- essere informata e rassicurata da familiari e da operatori sanitari,
- essere rassicurata sulla natura, importanza, efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici cui il b. verrà sottoposto,
- mantenere (o riprendere il più presto possibile) le proprie abitudini di vita e le relazioni con le persone (amici, compagni di scuola, insegnanti) che caratterizzano il suo ambito sociale.

Di fronte a questa complessa serie di necessità, è opportuno una revisione critica del ruolo che le varie figure di pediatra dovrebbero svolgere per assicurare al bambino e alla famiglia un sostegno ottimale valutato nella sua prospettiva di un intervento globale essenziale e che assicuri le migliori possibilità di guarigione e di qualità di vita riducendo al minimo l'assistenza nella struttura ospedaliera.

I pediatri del centro specialistico

Nell'ambito della malattia oncologica è fuori discussione che il pediatra oncologo abbia il ruolo principale per quanto si riferisce a responsabilità e al patrimonio di conoscenze, per altro in continuo e rapido rinnovamento. Questo ruolo centrale porta spesso a un eccessivo accentramento della cura, anche per quegli aspetti meno impegnativi che potrebbero essere eseguiti al di fuori del Centro.

Sta alla sensibilità e alla responsabilità dei medici del Centro di offrire attivamente ad altre figure che sono parte della vita del bambino, e al suo pediatra in particolare, di entrare nella nuova realtà di cura della malattia, giocando ciascuno il proprio ruolo, avendo come riferimento fondamentale i "bisogni" del bambino e della famiglia.

In alcune situazioni, in particolare quando la residenza del bambino è a notevole distanza dal centro specialistico, può essere opportuno decentrare parte della terapia o dei controlli periodici, così da evitare il

disagio dei trasferimenti e di perdita di tempo per tutta la famiglia.

A questo fine una interazione e una stretta comunicazione tra centro specialistico e ospedale periferico può contribuire a ridurre spese, disagi e a migliorare la qualità di vita.

Il pediatra di base

Se ci riferiamo alla precedente definizione dei bisogni del bambino e della famiglia, è evidente che al pediatra di base spetta un ruolo non marginale nella strategia di intervento globale nella malattia tumorale. Possiamo tentare una definizione degli aspetti principali:

- essere di aiuto nell'individuare il centro di cura che assicuri la terapia ottimale e nel quale la famiglia possa acquisire ampia fiducia,
- assistere la famiglia nella definizione del programma di cura: accettazione di programmi di ricerca che spesso utilizzano la "randomizzazione", adesione a cure a volte invasive o particolarmente intense (interventi chirurgici, trapianto di midollo osseo, uso di nuovi farmaci o schemi di terapia),
- sapere riconoscere i principali effetti collaterali della terapia in atto ed eventuali problemi clinici di rilievo,

- assicurare al bambino un momento di continuità con la realtà precedente,

- saper infondere fiducia nella famiglia e aiutarla nelle eventuali necessità di scelte difficili e impegnative

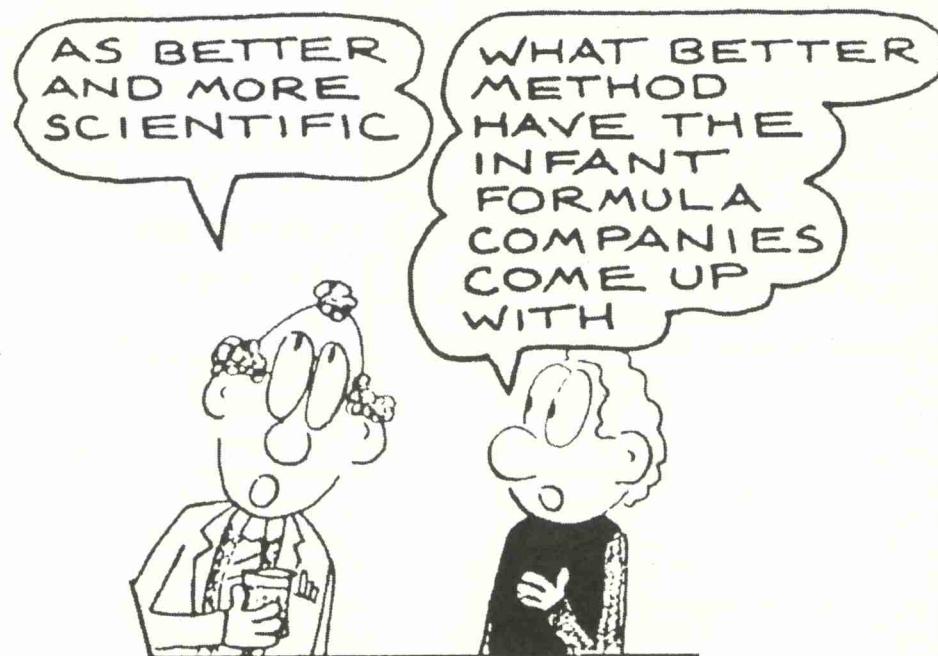
- preoccuparsi della qualità di vita del bambino sia nel caso di evoluzione favorevole che nei casi a esito infausto.

Di fronte a questa ampia gamma di possibili interventi e di notevoli responsabilità è doveroso porsi il quesito: è preparato, oggi, il pediatra ad affrontare tali compiti? come può essere formato a tale ruolo o come può essere aiutato a prendersi carico di tale responsabilità?

Possiamo tentare una risposta tenendo conto dell'attuale rapido sviluppo delle varie specialità pediatriche (l'oncologia in particolare) e della preparazione del pediatra di base, oggi, in Italia.

Dovrebbe essere fatta una considerazione preliminare: oggi nessun pediatra generale (in Italia o altrove) può possedere le conoscenze scientifiche di numerose (e spesso molto rare) malattie specialistiche che interessano l'età pediatrica e non esiste concreta possibilità di aggiornamento continuo che possa assicurare le conoscenze necessarie.

Questo era possibile (forse) 30-40 anni fa;



negli ultimi anni il rinnovamento delle conoscenze è divenuto così rapido che a fatica lo stesso specialista riesce a mantenersi aggiornato.

Esiste peraltro una modalità piuttosto semplice, economicamente vantaggiosa e molto efficace per affrontare tale problema: saper essere accanto al bambino fin dal momento della diagnosi, aggiornarsi sullo specifico problema del "proprio" bambino con una interazione con i medici del centro e con il materiale informativo che nelle varie malattie è quasi sempre facilmente acquisibile. Il problema essenziale non è pertanto determinato dalle informazioni tecnico-scientifiche quanto dalla volontà e determinazione di essere accanto al bambino malato.

È evidente che il problema può essere affrontato adeguatamente solo nel contesto di una cooperazione tra pediatra oncologo (o specialista nel caso di altre malattie) e pediatra di base, sapendo interpretare i reali bisogni del bambino più che i propri personali o quelli della istituzione.

La strategia in atto presso la clinica pediatrica di Monza

Viene di seguito descritta brevemente l'esperienza della Clinica Pediatrica di Monza all'interno della quale ormai da molti anni è stata elaborata una modalità di rapporto con il pediatra di base tale da collocarlo in un ruolo attivo nei confronti della famiglia e del bambino con leucemia e che ha permesso una migliore definizione dei ruoli delle varie figure professionali coinvolte nel trattamento.

Un punto di partenza importante per questa collaborazione è stato rappresentato dall'invito rivolto da parte del centro al pediatra di base a "partecipare" alle vicende mediche e umane fin dai primi giorni del ricovero, e in particolar modo fin dal primo momento, quello della comunicazione del "programma di cura" alla famiglia.

In passato questo momento era stato affrontato in modo non ben strutturato, formulando in generale una generica richiesta al medico curante di essere presente al colloquio iniziale sulla diagnosi. L'adesione era stata episodica e la partecipazione attiva alle fasi successive si era molto diversificata in rapporto alla dispo-

nibilità del singolo medico a prendersi carico dei vari problemi. Negli ultimi anni si è dato un assetto più strutturato a questo approccio, con un rilevante aumento della partecipazione.

Descriviamo brevemente la modalità in atto da alcuni anni come sviluppo di una metodologia che si è progressivamente modificata nel corso degli anni.

Comunicazione della diagnosi: appena acquisita la certezza di diagnosi di leucemia, il responsabile di reparto convoca entrambi i genitori per un primo colloquio nel quale viene comunicata, nel modo più chiaro e preciso possibile, la diagnosi, la modalità di cura, la prognosi, l'organizzazione del centro. Viene successivamente programmato un secondo "colloquio di



programma" a distanza di qualche giorno, così da acquisire qualche ulteriore informazione per una più precisa definizione della prognosi ma, soprattutto, per consentire di definire un appuntamento anche con il pediatra del bambino.

Il "colloquio di programma" avviene in generale nell'arco di 3-4 giorni dalla

prima comunicazione, quasi sempre condotto direttamente dal Direttore della Clinica con la presenza di entrambi i genitori (eventualmente un altro parente se gradito), del pediatra del bambino (se possibile), di un infermiere o giovane medico del reparto.

Al termine del colloquio viene consegnato al medico curante il materiale scientifico relativo alla leucemia e ad alcuni aspetti principali della gestione a domicilio del bambino.

Negli ultimi due anni il colloquio viene registrato in audio e viene poi consegnata la cassetta ai genitori allo scopo di poterla successivamente riascoltare con altri familiari o con il medico del bambino (se non era presente al colloquio). Nel caso in cui il pediatra curante non possa essere presente al colloquio si stabilisce comunque un contatto telefonico in cui si manifesta l'invito e la disponibilità alla collaborazione. Successivamente seguirà una ampia relazione clinica ma, soprattutto, viene formulata ampia disponibilità a consulenza telefonica.

Il pediatra di base viene inoltre incoraggiato a gestire durante il decorso della malattia i problemi minori intercorrenti mediante visite domiciliari e/o colloqui telefonici con la famiglia. È inoltre previsto un invito per un colloquio al momento dell'interruzione della terapia o all'insorgenza di eventi gravi (recidiva in particolare).

Basilare è il suo ruolo nella fase terminale della malattia. Egli può assicurare continuità nell'assistenza domiciliare utilizzando in maniera ottimale la confidenza raggiunta con persone e ambienti e contribuendo a non creare sensazioni di abbandono sia nel bambino che nei familiari. Egli affianca i medici del centro specialistico nell'accendere le speranze e nel sostenerle o nello spegnerle delicatamente quando è persa ogni ragionevole possibilità di guarigione. Da quando si è attuata sistematicamente questa modalità organizzativa con particolare attenzione alla presenza del medico di base si è ottenuta una crescente partecipazione fin dal "colloquio di programma" e quindi in tutte le fasi successive. Infatti, mentre negli anni precedenti la presenza del pediatra di famiglia al colloquio era di circa il 10%,

successivamente la partecipazione si è attestata attorno al 50-60%; negli ultimi 40 colloqui la presenza del pediatra è salita a circa il 75%. Nella valutazione di questi dati bisogna anche tener conto del fatto che parecchi bambini risiedono a una distanza dal centro superiore a 50 Km e quindi delle ovvie difficoltà di collegamento.

Conclusioni

Il pediatra di base è chiamato, come abbiamo visto, a svolgere un fondamentale ruolo di mediazione tra il bambino, la famiglia e gli specialisti del centro di cura. L'opportunità di seguire il proprio paziente anche all'interno della struttura ospedaliera gli permetterà di uscire dall'isolamento, caratteristico dell'attuale modello assistenziale, e di ridare forza al proprio ruolo.

Il sistematico confronto che così si realizza con altri medici rende possibile quel prezioso e continuo scambio di informazioni che costituisce un basilare momento formativo e permette di non interrompere il rapporto di fiducia instauratosi tra pediatra di base e famiglia fin dall'inizio della "avventura" terapeutica. L'assistenza globale al bambino affetto da malattia tumorale richiede l'intervento di numerosi operatori dell'area medica, psicologica, educativa, sociale. Non dovrebbe mancare il contributo del proprio medico, del proprio pediatra di famiglia.

Linee guida sul ruolo del pediatra di base di fronte a un paziente con patologia tumorale

In occasione di un convegno con i pediatri di base di Cesena ci si è offerta l'occasione di discutere questa nostra esperienza e di formulare alcune linee guida per il pediatra di base che sono il risultato della discussione emersa in quella occasione.

Il pediatra di base dovrebbe:

- 1) "Interpretare" tempestivamente i sintomi iniziali della malattia tumorale ed evitare trattamenti (per esempio gli steroidi) che possano ritardare o mascherare la diagnosi.
- 2) Indirizzare il paziente per accertamenti ed eventuale terapia alla sede più competente (centro specialistico di riferimento) in rapporto al sospetto diagnostico: ciò può significare per il paziente tempestività

di diagnosi (anche di assenza di malattia) e di eventuale inizio di terapia.

3) Agire considerando che il bambino è un suo paziente ed essere vicino alla famiglia aiutandola nelle scelte: egli deve essere una sorta di "avvocato di famiglia" che segua da vicino i problemi del bambino.

4) Attivare i contatti con il centro specialistico di riferimento, partecipando con i genitori alla definizione-presentazione del progetto di cura. Qualora questo non venga proposto dal centro, dovrebbe essere formulata esplicita richiesta.

5) Richiedere al centro specialistico di riferimento il materiale informativo (lettere di dimissione, aggiornamenti, articoli) utile a comprendere.

6) Promuovere la comunicazione (medico-centro, medico-famiglia, famiglia-centro): l'interscambio di informazioni tra questi soggetti è alla base della risoluzione dei vari problemi connessi con la gestione della malattia.

7) Essere accanto alla famiglia nei momenti cruciali della malattia: interruzione delle cure, recidive, scelte terapeutiche impegnative.

8) Tutelare la qualità di vita del bambino anche nella fase terminale: è questo uno dei momenti più critici e difficili della malattia ma proprio per questo necessitano dell'aiuto concreto del pediatra di base.

Bibliografia

1. F. Marchetti, M. Bonati, R.M. Marfisi et al.: Parental and primary care physicians' views on the management of chronic diseases: a study in Italy. *Acta Paed Scand* 1995;84:1165-72.

2. G. Masera, A. Marchi, G. Digillo et al.: L'assistenza globale al bambino leucemico. *Riv. Ital. Ped.* 1982;8:455-460.

3. G. Masera, L. Adamoli: Medico di famiglia e malattia cronica. Un'esperienza nelle leucemie. *Medico e Bambino* 1988;3:28-29.

4. S. Simms: Family-based oncology care: a necessary clinical research partnership. *Ped. Hemat Onc.* 1995;12:319-320.

5. A. Scanni, U. Garbarini, R. Biasioli et al.: Gestione del malato oncologico. Collaborazione del medico di base. *Federazione medica XLII-7*, 1989.



bambini con bisogni speciali

una rassegna bibliografica

di Giuseppe Cirillo

Ospedale SS. Annunziata ASL 1, Napoli

In questo numero la nostra rubrica di abc in pratica è dedicata a una rassegna degli articoli più significativi comparsi in letteratura per quanto attiene i bambini con bisogni speciali. Su queste tematiche la parte informativa si sta sviluppando sempre più così come l'analisi dei bisogni. Il versante degli interventi, invece, è ancora assai carente.

La rassegna è stata affidata a Giuseppe Cirillo che ha lavorato per oltre 10 anni in un ospedale di frontiera della costiera sorrentina e che da un anno è a Napoli all'Ospedale Annunziata nel centro storico, nel famoso quartiere di Forcella, dove tutti i bambini hanno bisogni speciali, e che insieme ai colleghi dell'ACP Campania da diversi anni sta affrontando, sia dal punto di vista culturale che sul campo i problemi dei bambini a rischio sociale.

In questo articolo propongo una raccolta di voci bibliografiche comparsi in letteratura negli anni 1990 - 1994. L'area dei bisogni speciali non ha bisogno delle ultime novità, ma molti articoli "storici" sono estremamente interessanti e vanno sicuramente conosciuti. Come si può vedere, oltre alle riviste che i pediatri conoscono bene (*Pediatrics*, *BMJ* e *Arch. Dis. Child*, *Arch. Ped. Adolesc. Med.*) ce ne sono molte altre (*J. Adolescent Health Care*, *J. Pediatr. Health Care*, *Prev. Med.*, *J. Epidemiol. Community Health*, *J. Public Health Med.*, *J. Behav. Med.*, *J. Health Care Poor*

Underserved) che in genere vengono consultate raramente e che invece propongo spesso utili esempi di intervento.

Le parole chiave utilizzate sono state:

- Child welfare
- Child health
- Social deprivation - Single parent
- Social inequalities
- Adolescent pregnancy
- Adolescent mothers
- Social risk factors
- Nurse home visitation
- School age mothers
- Family with child dependent.

Olds DL, Kiteman H.: Can Home Visitation improve the health of women and children at environmental risk? Pediatrics 1990;86:108-16.

Articolo di revisione di trials randomizzati per la valutazione dei programmi di interventi domiciliari per donne e bambini svantaggiati.

Viene detto che la massima parte di questi interventi è efficace nel migliorare i comportamenti sanitari durante la gravidanza, il peso alla nascita e la durata della gestazione di bambini nati da madri adolescenti fumatrici, il rapporto dei genitori con i figli e lo sviluppo di questi ultimi; è efficace inoltre nel ridurre l'incidenza dei maltrattamenti, i problemi comportamentali dei bambini, le visite in pronto soccorso, i ricoveri per incidenti, le gravidanze successive non desiderate.

Simon S., Roghmann et al.: Repeat Adolescent pregnancy and low birth weight: methods issues. J. Adolescent Health Care 1990;11:114-8.

Il peso alla nascita aumenta con la parità nelle donne di tutte le età. Al contrario, statistiche nazionali (USA, NY) e studi incrociati suggeriscono una riduzione del peso alla nascita con la parità tra le madri adolescenti. Viene ipotizzato che il basso peso alla nascita è un marker di altre condizioni indipendenti dalla parità.

Jones M. E., Bonte C.: Conceptualizing community interventions in social service needs of pregnant adolescents. J. Pediatr. Health Care 1990;4:193-201.

Il modello definisce la gravidanza adolescenziale come problema familiare, multicausale e che richiede soluzioni multiple. Il modello di comunità formalizza una coalizione di sforzi in tre aree fondamentali: sanitaria, educativa, ambiente comunitario.

Horwitz S., Klerman V. et al.: Predictors of long-term educational and economic outcomes. Pediatrics 1991;86:67.

Vengono descritti gli effetti (educazionali ed economici) a lungo termine (20 anni) delle gravidanze in età adolescenziale in 149 ragazze negre. Il successo, definito come impegno lavorativo stabile o un matrimonio stabile e un alto livello di istruzione si è verificato nel 62% delle ragazze (dopo 20 anni la loro età variava tra i 32 e i 38 anni). Questo buon esito era legato fondamentalmente ad alcuni fattori:

- aver fatto più anni di scuola prima della gravidanza,
- aver partecipato attivamente a un programma di intervento offerto alle adolescenti gravide 20 anni prima,
- aver continuato la scuola senza successive gravidanze nei 26 mesi post-parto,
- non aver subito isolamento sociale,
- aver avuto successivamente un controllo della fertilità,

Gli autori concludono affermando che programmi integrati di aiuto a breve termine ad obiettivi possono produrre benefici sociali a lungo termine.

Sheldrick C.: Treatment of delinquents. Arch. Dis. Child 1992;67:1392-7.

La prevenzione della devianza sociale attuata attraverso l'innalzamento del livello culturale delle famiglie è più efficace se attuata quando i bambini sono in età prescolare.

Cole T., Cole A.: Bone age, Social Deprivation and Single Parent Families. Arch. Dis. Child 1992; 67:1281-5.

L'età ossea, dopo aggiustamento con l'età cronologica, si è dimostrata significativamente associata in modo negativo a cinque indici di deprivazione sociale: famiglie monoparentali, scarse cure, disoccupazione, casa in fitto e sovraffollata.

Spencer N.J. et al.: Multiple admission and deprivation. Arch. Dis. Child 1993;68:760-2.

Viene dimostrata una stretta relazione tra ricoveri multipli e residenza in aree depresse.

Reading R. et al.: Measurement of social inequalities in health and use of health services among children in Northumberland. Arch. Dis. Child 1993;68:626-31.

Viene dimostrato in una coorte di 9930 bambini la stretta relazione tra indicatori di rischio sociale e basso peso alla nascita, madre adolescente, non vaccinazione contro la pertosse a 15 mesi, altezza.

Neiah, Jefferson L.: Access to reproductive genetic services for low-income women and women of color. Fetal Diagn. Ther. 1993;supp.1:107-27.

Vengono descritte raccomandazioni per superare le barriere che impediscono l'accesso ai servizi di cui sopra da parte dei gruppi marginali della popolazione.

Williams Cl., Wynder E.L.: A Child health report card: 1992. Prev. Med. 1993;22:604-28.

Le statistiche ufficiali riportano solo una parte dei problemi ma non comprendono spesso la povertà dei bambini, il maltrattamento, la disintegrazione delle famiglie, il fallimento dell'educazione, la violenza, il crimine.

Migliorare la salute dei bambini richiede strategie innovative e comprensive. Le cure prenatali per una donna in gravidanza costano per 9 mesi 600 dollari; le cure mediche per un neonato prematuro possono costare per un solo giorno più di quattro volte (2.500 dollari).

Judge K., Benzeval M.: Health inequalities: new concerns about the children of single mothers. B.M.J. 1993;13 306:677-80.

Vengono rivisitate le statistiche di mortalità infantile in Inghilterra e Galles con il risultato di capire che la maggior parte (89%) dei genitori disoccupati è rappresentata da madri sole che non lavorano.

Blackburn C.: Family Poverty: What can Health visitors do? Health-Visit 1991;64:368-70.

Vengono descritte le strategie e gli strumenti delle assistenti sanitarie per un impatto positivo sulle famiglie povere.

Spencer N.Y. et al.: Diagnostic and socio-demographic changes in multiple hospital admission in children under two over a five-year period. J. Public Health Med. 1993;15:332-6.

I bambini con basso peso alla nascita, nati da madri giovani, residenti in aree depresse della città, hanno ricoveri multipli in proporzione maggiore degli altri bambini.

Specht E.M. et al.: Predictors of nonattendance at the first newborn health supervision visit. Clin. Pediatr. Phila. 1994;33:273-9.

L'obiettivo dello studio è quello di comprendere se le informazioni contenute nella scheda neonatale possono permettere di prevedere quali bambini non verranno alla prima visita dopo la nascita.

I risultati sono che la multiparità, non avere il telefono, essere figli di madri adolescenti, rappresentano condizioni di rischio e che sono facilmente identificabili alla nascita.

Byrd R.S., Weitzman M.L.: Predictors of early grade retention among children in the United States. Pediatrics 1994 Mar.;93(3):481-7.

Viene valutata la possibilità da parte dei pediatri di segnalare precocemente i bambini con alcuni indicatori di svantaggio che possano predire il successivo fallimento scolastico.

Viene dimostrato che gli indicatori sono la povertà, il sesso maschile, il basso livello di istruzione delle madri, la sordità, i difetti di linguaggio, il basso peso alla nascita, l'enuresi, l'esposizione al fumo di sigaretta in casa.

Newacheck P.: Poverty and childhood chronic illness. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1994 148(11):1143-9.

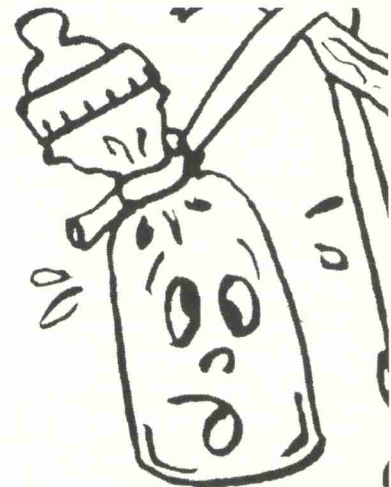
Lo studio valuta la prevalenza e l'impatto delle malattie croniche infantili sulle famiglie povere e non.

Mentre le famiglie non povere riportano più facilmente malattie croniche per i loro bambini, i bambini di famiglie povere mostrano un più alto rischio di malattie croniche severe e maggiori difficoltà di accesso ai servizi.

Greenberg R.A. et al.: Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. J. Behav. Med. 1994;17:273-90.

Viene valutata l'efficacia, in un trial randomizzato, di un intervento domiciliare in 121 madri fumatrici, al fine di ridurre il fumo passivo e le malattie del tratto respiratorio basso nei bambini del primo anno di vita.

I risultati mostrano che l'intervento domiciliare è efficace nel ridurre sia il fumo passivo che le malattie respiratorie.



Occuparsi insieme del bambino con diabete mellito

Linee guida per una buona collaborazione fra curante e centro specialistico

di Giancarlo Cerasoli

Divisione di Pediatria O.C. M. Bufalini, Cesena

Premessa

In letteratura esistono diverse autorevoli indicazioni sulle modalità di follow up per i pazienti con diabete mellito insulino dipendente (DMID) in età pediatrica (1,2,3). Di recente anche nel nostro paese sono stati pubblicati gli standards di assistenza per il bambino e l'adolescente con DMID a cura del gruppo di studio di diabetologia della SIEDP (4). Si è cercato in questo modo di razionalizzare la qualità e la quantità delle procedure diagnostiche ed assistenziali dando precise indicazioni sui tempi ed i modi di esecuzione delle stesse. *Lo scopo di questa nota è di fornire un promemoria per il pediatra di base relativo alla diagnosi, terapia e follow up attualmente consigliati per il bambino con diabete in modo che questo sia una traccia per un rapporto di comunicazione con l'ospedale o il centro specialistico che segue il bambino.*

La diagnosi

Negli ultimi anni si è assistito in molti paesi europei ad un aumento di incidenza del DMID. A differenza del passato oggi il ricovero per DMID avviene precocemente, evitando in tal modo in un gran numero di casi l'insorgere di stati di grave chetoacidosi. Il pediatra di base è spesso

in grado di individuare l'esordio clinico del DMID per il rilievo di poliuria e polidipsia e di porre il corretto sospetto diagnostico tramite l'esecuzione in ambulatorio della glicosuria e della glicemia capillare. Questo sospetto va confermato inviando il paziente ad un centro ospedaliero dove sia possibile eseguire le indagini diagnostiche specifiche, ottenere una corretta risoluzione dello stato di chetoacidosi, impostare la terapia insulinica, la dieta, e l'educazione all'autocura. Da alcuni anni, inoltre, il pediatra di base può collaborare con i centri di diabetologia pediatrica che seguono le direttive della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) per la diagnosi precoce del DMID in fase preclinica. Egli può infatti indirizzare ai centri i bambini di età compresa tra i 3 ed i 18 anni, a rischio di sviluppare il DMID, per far loro eseguire le indagini diagnostiche specifiche. I bambini che possono essere sottoposti alle indagini sono:

- 1) parenti di primo grado di pazienti con diabete di tipo I;
- 2) bambini senza familiarità per diabete di tipo I, con valore di glicemia a digiuno >100 mg/dl, riscontrato e confermato al di fuori dell'assunzione di farmaci alteranti l'omeostasi glicemica e/o in sovrappeso

- superiore al 20% del peso corporeo ideale;
- 3) bambini con endocrinopatie autoimmuni;
- 4) bambini con rosolia congenita (5).

Esami utili nel sospetto diagnostico di DMID

Nel caso che il pediatra ambulatoriale debba confermare il sospetto clinico di DMID egli potrà procedere in questo modo.

In ambulatorio: glicemia capillare a digiuno o postprandiale, ricerca di glicosuria ed acetonuria.

In laboratorio: conferma della glicemia a digiuno, determinazione di emoglobina glicosilata, fruttosamina, esame delle urine.

Qualora i risultati siano già predittivi di diabete e cioè con una glicemia a digiuno superiore a 140 con o senza glicosuria e/o acetonuria, oppure con una glicemia dopo il pasto superiore a 200, si procederà al ricovero in ospedale per la conferma della diagnosi. Qui la diagnosi verrà accertata da alcune indagini che saranno anche in grado di indicare il grado di squilibrio metabolico (gasanalisi, elettroliti ematici, lipidi ematici), la durata e l'entità approssimativa dell'iperglicemia (emoglobina glicosilata e fruttosamina), la funzionalità

pancreatica residua (peptide C e insulinea), la presenza di altre patologie autoimmuni (AGA, assetto tiroideo, autoanticorpi) e di danni d'organo (funzionalità renale, epatica, fondo dell'occhio).

La cura domiciliare

Nel caso invece che il pediatra si trovi a ricevere in cura un bambino dimesso dall'ospedale, dopo un ricovero urgente, con prima diagnosi di diabete mellito egli dovrà porsi il problema di collaborare con i medici ospedalieri nella gestione del bambino ed i medici ospedalieri dovranno porsi l'obiettivo di collaborare con lui. Già al momento della prima ospedalizzazione del bambino con diabete è necessario che il gruppo di persone che in ospedale si occupa di diabete (il pediatra, il dietista, lo psicologo, ecc.) prenda contatto con il medico curante. In questo modo potrà avere da lui precise indicazioni sul bambino e la famiglia utili per modulare la terapia, la dieta e l'educazione sanitaria e fornirà al curante le informazioni sull'iter diagnostico e terapeutico seguito in reparto e programmato in dimissione. Successivamente il bambino sarà seguito in day hospital dove saranno effettuati i controlli periodici. Laddove sia possibile è bene inserire nell'équipe diabetologica l'assistente sanitaria visitatrice del territorio, che può svolgere assistenza domiciliare e rappresentare così un importante anello di congiunzione tra famiglia, centro ospedaliero, medico curante e pediatra di comunità. Dopo la dimissione il pediatra di base continuerà a vigilare sulla salute del suo paziente con DMID. Egli valuterà l'andamento dell'equilibrio metabolico tramite il diario di autocontrollo e le relazioni periodiche che il centro ospedaliero dovrà inviargli e che gli daranno modo di conoscere ed utilizzare i risultati delle indagini diagnostiche che periodicamente il bambino esegue. Dovrà mettere in opera le consuete misure di diagnosi e cura per le patologie intercorrenti. Eseguirà una importante opera di educazione sanitaria rinforzando le informazioni date dal centro. Potrà aiutare la famiglia ad applicare concretamente a casa le norme alimentari, terapeutiche e quelle riguardanti l'autocontrollo e l'attività fisica. Consiglierà e, se possibile eseguirà lui stesso, le vaccina-

zioni facoltative che permetteranno al bambino di evitare ulteriori stress immunologici.

Insieme al pediatra di comunità farà le funzioni di "avvocato" del bambino e della famiglia, cercando di agevolare il percorso delle cure nel territorio di residenza della famiglia. Per migliorare le proprie conoscenze sul diabete il pediatra di base dovrebbe partecipare all'esecuzione delle visite in day hospital, dove potrà avere informazioni preziose da tutta l'équipe che segue i bambini con diabete. Per comprendere meglio le regole dell'adattamento delle dosi di insulina e l'esecuzione dell'autocontrollo e delle iniezioni la maniera più efficace è la partecipazione ai soggiorni scuola dove si vede "sul campo" la vita dei bambini con diabete.

La comunicazione degli esami eseguiti in ospedale all'esordio del diabete

In ospedale saranno stati eseguiti e saranno comunicati al medico curante i risultati degli esami sottoelencati che riguardano sia il diabete che lo spettro molto ampio delle patologie correlate.

Esami di laboratorio: glicemia, elettroliti (Na, K, Cl, Ca, P), emocromo, gas-analisi venosa, azotemia e creatinina, trigliceridi, colesterolo tot, HDL, LDL, emoglobina glicosilata, fruttosamina, C-peptide, insulinea, IgA, IgM, IgG, T3, T4, TSH, FT3, FT4, anticorpi anti microsomi, antireoglobulina, anti insulina, anti cellule pancreatiche, anti gliadina (IgA e IgG), anti cellule parietali gastriche, antimitocondrio, anti muscolo liscio, anti nucleo, anti DNA, anti Helicobacter, esame urine. Determinazione del fenotipo HLA (in caso di fratelli).

Esami strumentali: ECG, fundus oculi e valutazione acuità visiva.

Successivamente il bambino sarà dimesso con indicazioni precise per il curante relativamente alla terapia insulinica da praticare, l'autocontrollo, l'alimentazione e l'attività fisica consigliate. Saranno altresì indicati al curante gli esami da ripetere periodicamente, sia trimestralmente che annualmente, per valutare l'equilibrio metabolico (iperglicemia, dislipidemie), la presenza di danni d'organo (funzionalità

epatica, renale e tiroidea) e di patologie autoimmuni concomitanti (tiroidite, morbo di Basedow, celiachia).

La valutazione a domicilio dell'andamento del controllo metabolico

Il curante dovrà tenere conto che sono indice di un controllo metabolico accettabile valori glicemici preprandiali compresi tra 80 e 120 mg/dl e alla sera prima di coricarsi compresi tra 100 e 140 (1). È opportuno anche che le glicemie postprandiali non superino i 180 mg/dl. Sono inoltre indici di buon controllo l'assenza di chetonuria e di glicosuria od una glicosuria inferiore ai 20 grammi al giorno. Alcuni autori tendono a differenziare gli obiettivi glicemici in base all'età del bambino considerando accettabili per i bambini di età inferiore ai 5 anni valori glicemici più elevati rispetto a quelli dei bambini più grandi in relazione alla maggior difficoltà nel far seguire ai bambini più piccoli le norme che riguardano l'alimentazione e l'attività fisica (6). È da sottolineare come in realtà gli obiettivi glicemici vadano strettamente individualizzati, cercando di non porre limiti troppo rigidi ed irrealizzabili. Il miglior indice per valutare l'andamento glicemico delle 6-8 settimane precedenti al prelievo è rappresentato dal valore dell'emoglobina glicosilata (HbA1c). Vi è infatti una precisa relazione tra le glicemie medie degli ultimi 60 giorni e l'HbA1c rappresentata dalla formula $[(HbA1c - 33.3) \cdot 86]$ con la quale si ricava la glicemia media degli ultimi 60 giorni (7). I valori di HbA1c vanno sempre interpretati avendo a disposizione gli standard di riferimento ricavati sulla popolazione non diabetica del luogo ottenibili dal laboratorio analisi. Per valori di riferimento di HbA1c sulla popolazione inferiori al 6%, sono indice di buon controllo metabolico nei pazienti con DMID valori inferiori a 6.5, di scarso controllo valori tra 6.5 e 7.5 e di cattivo controllo superiori a 7.5. Se invece i valori di riferimento della HbA1c sulla popolazione sana sono tra il 6 ed il 7.5% sono indice di buon controllo metabolico nei pazienti con DMID valori inferiori a 8.0, di scarso controllo valori tra 8.0 e 9.5 e di cattivo controllo superiori a 9.5. (2). Sarebbe importante poter disporre del grafico delle HbA1c di ogni paziente

per poterne seguire nel tempo l'andamento dell'equilibrio metabolico (8). Un indice meno preciso rispetto alla HbA1c, che si riferisce alle glicemie medie delle ultime due settimane, è invece rappresentato dal valore della fruttosamina sierica. Il suo valore può essere utile per valutare in tempi brevi variazioni glicemiche avvenute a seguito di cambiamenti dello schema di terapia insulinica o della dieta.

Insulina: quanta, come, dove

La dose di insulina deve tenere conto del controllo metabolico, ma non va cambiata con troppa facilità. Lo schema di terapia insulinica deve essere individualizzato e deve rispondere alle necessità ed allo stile di vita del paziente e della sua famiglia. L'orientamento generale, anche in campo pediatrico, è quello di favorire la terapia insulinica con schemi a tre o quattro iniezioni giornaliere, mimando in tal modo il rilascio pancreatico dell'ormone. Nel bambino di età inferiore ai 2 anni si preferiscono schemi terapeutici a tre iniezioni quotidiane, per evitare ipoglicemie importanti. Nel bambino dai 3 ai 7 anni la terapia va decisa con estrema attenzione per evitare un controllo metabolico troppo stretto che potrebbe portare a ripetute ipoglicemie capaci di danneggiare lo sviluppo cerebrale. La terapia con 4 iniezioni giornaliere è indicata soprattutto per gli adolescenti, e per i pazienti con cattivo controllo metabolico, e si basa sulla somministrazione attraverso penne-iniettori di insulina pronta prima di colazione, pranzo e cena e di insulina lenta dopo cena prima di coricarsi. È stato dimostrato ampiamente che il numero di iniezioni non è l'unico fattore che determina il controllo metabolico. La terapia intensificata, per essere efficace, necessita infatti di un autocontrollo altrettanto intenso che nello studio del Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT) (9,10) consisteva in almeno 4 glicemie quotidiane ed in controlli mensili dell'emoglobina glicosilata, del diario di autocontrollo e delle condizioni cliniche, con incontri di educazione sanitaria personalizzati. È necessario che il bambino utilizzi a rotazione più sedi per l'inoculo dell'insulina (addome, glutei, braccia e cosce), per evitarne l'accumulo che può causare lipodistrofie.

Anche in campo pediatrico si inizia ad usare insulina premiscelata a dosi fisse di insulina rapida ed intermedia, come ad esempio la miscela 30/70 che indica la presenza del 30% di insulina rapida e del 70% di insulina intermedia. Vi sono inoltre alcune sperimentazioni riguardanti i nuovi analoghi dell'insulina a più rapida durata d'azione rispetto all'insulina rapida, senza che vi siano ancora indicazioni d'uso "ufficiali". L'aggiustamento delle dosi di insulina va deciso sulla base dei risultati dell'autocontrollo convalidati dal valore dell'emoglobina glicosilata. Si deve tenere conto anche degli squilibri glicemici acuti (ipo o iperglicemie), dei cambiamenti dell'alimentazione e dell'attività fisica. La dose giornaliera di insulina richiesta è in relazione alla durata del diabete potendo essere inferiore a 0,5 U/Kg nel periodo iniziale di luna di miele, a 1-1,5 U/Kg nell'adolescenza. L'abilità dei pazienti ad eseguire le iniezioni di insulina deve essere valutata periodicamente.

L'alimentazione

Le indicazioni alimentari per il bambino diabetico debbono essere condivise dalla famiglia e debbono essere calibrate sui fabbisogni ideali per l'età ed il peso corporeo. La ripartizione dei nutrienti è la stessa che per il non diabetico. I carboidrati devono costituire la principale fonte di energia, fornendo il 58-60% dell'apporto calorico giornaliero. Di questi il 90% deve provenire dall'amido ed il 10-14% dai carboidrati a rapido assorbimento. Le proteine devono rappresentare il 10% delle calorie totali, con un rapporto tra proteine vegetali ed animali di 1:2. L'apporto totale di lipidi non deve superare il 30% delle calorie totali, l'apporto di grassi animali (saturi) deve essere al di sotto del 10%, quello dei monoinsaturi (olio di oliva) e dei polinsaturi deve essere rispettivamente il 12-14% ed il 6-8%. L'apporto di colesterolo deve essere inferiore a 100 mg/Kcal. È sempre opportuna la ripartizione delle calorie in tre pasti principali e due merende giornaliere.

Va scoraggiato l'uso di cibi salati ed incrementato quello di fibre vegetali. L'uso di cibi speciali per diabetici non è opportuno. Si possono usare i dolcificanti. Ogni bambino diabetico deve avere una dieta personalizzata, chiaramente esposta e "contrat-

tata" con lui, che tenga conto dei suoi fabbisogni nutrizionali ed anche delle abitudini alimentari della famiglia. Il piano alimentare va discusso almeno due volte all'anno con la dietista, e la famiglia deve possedere e saper usare le liste di scambio tra alimenti con la stessa quantità di carboidrati.

L'attività fisica

L'attività fisica ben condotta può portare notevoli benefici. Migliora l'equilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, aumenta la perfusione dei tessuti prevenendo le complicanze cardiovascolari e agevola la distensione psichica, il benessere psicologico e l'interazione sociale. Il pediatra curante deve perciò incoraggiare lo svolgimento di una regolare attività sportiva, compiuta almeno tre volte alla settimana, meglio se fatta in gruppo con i coetanei. Sono consigliabili attività quali il nuoto, il calcio, il ciclismo, la pallavolo e la pallacanestro. Sono da evitare gli sport violenti e quelli a rischio in caso di ipoglicemia come la boxe, l'alpinismo, la pesca subacquea, il volo con deltaplano. Il pediatra di comunità può aiutare la famiglia del bambino con diabete ad usufruire delle risorse territoriali relative alla attività sportiva e può promuovere una corretta esecuzione dell'attività fisica durante le ore di frequenza scolastica.

Il ruolo della famiglia

L'autocontrollo e la cura del diabete fanno perno essenzialmente sulla famiglia. Il centro ospedaliero ed il medico curante hanno il ruolo di consulenti e di supervisori, ma è nell'ambito della famiglia che avviene la gestione quotidiana del diabete. Uno degli scopi principali del curante è quello di rendere la famiglia capace di far fronte, con sempre maggior sicurezza, ai problemi quotidiani che si verificano nel bambino con diabete.

È necessario coinvolgere almeno due membri del nucleo parentale nella esecuzione delle routine dell'autocontrollo e della terapia insulinica. Si deve inoltre iniziare l'educazione sanitaria già in seconda o terza giornata di ricovero e continuarla poi a domicilio, se possibile, tramite l'assistente sanitaria visitatrice. Più spesso è la madre ad assumersi il compito della

gestione del diabete e, per evitare la lontananza del padre, è spesso necessario insistere ed essere impositivi perché non è accettabile che un solo genitore porti la responsabilità della gestione del bambino. Nel caso il padre non fosse coinvolgibile è opportuno estendere l'educazione sanitaria ad un altro membro della famiglia o una persona comunque accettata dal bambino. Non è ragionevole assecondare le richieste di quei genitori che pretendono che personale del servizio sanitario si faccia carico dell'esecuzione del controllo e della terapia insulinica del bambino quando sono al lavoro.

Il diario

Ogni bambino deve avere un diario dove scrivere, volta per volta i risultati dell'autocontrollo, le dosi di insulina iniettate e le condizioni che possono avere determinato squilibri glicemici.

La frequenza degli esami per l'autocontrollo deve essere individualizzata e tenere conto delle condizioni cliniche, del tipo di terapia insulinica intrapreso e della risposta al trattamento.

In periodi di buon controllo metabolico sono consigliati almeno due controlli glicemici capillari preprandiali al giorno, ad orari differenti, ma l'Associazione Americana del Diabete ne consiglia comunque 3 o 4 (1), e tre glicochetonurie. In presenza di instabilità glicemica e/o cattivo controllo metabolico sono necessari almeno tre controlli glicemici pre e/o postprandiali e tre determinazioni della glicosuria e chetonuria quotidiani.

L'abilità dei pazienti ad eseguire l'autocontrollo deve essere valutata periodicamente ed i risultati dell'autocontrollo vanno confrontati con i valori dell'emoglobina glicosilata. Per un corretto adeguamento della dose di insulina è opportuno che il centro ospedaliero suggerisca alla famiglia delle linee guida individualizzate che tengano conto delle variazioni di glicemia, apporto calorico ed attività fisica. La responsabilità della scelta della dose di insulina va lasciata di preferenza ad uno solo dei genitori che può più facilmente stabilire le variazioni avendo presente il comportamento glicemico del periodo precedente.

Se più persone si trovano a dover prendere

decisioni sulla terapia, inevitabilmente le cose si complicano e si creano conflitti pericolosi. La famiglia può ricevere un supporto preziosissimo dall'associazione dei diabetici.

È necessario pertanto favorire il contatto con i membri di questa associazione già al momento della prima ospedalizzazione, avendo cura di far incontrare la famiglia del bambino ricoverato con i genitori di bambini che abbiano una buona compliance e una buona empatia. La partecipazione a gruppi di "auto aiuto" di genitori di bambini con diabete che si ritrovano periodicamente e discutono dei loro problemi quotidiani con l'aiuto di un facilitatore (psicologo, pedagogo, ecc.) è molto importante per ristabilire l'equilibrio psico-sociale delle famiglie.

Il coinvolgimento del bambino diabetico nell'esecuzione dell'autocontrollo e delle iniezioni di insulina va tentato non appena possibile, di solito dai 6 anni di vita.

È comunque opportuno coinvolgerlo precocemente nell'opera di educazione sanitaria, utilizzando modalità calibrate all'età ed al grado di apprendimento. La scelta della dose di insulina va discussa con lui a partire dai 10-12 anni e il grado di autonomia va deciso insieme alla famiglia, cercando di fare in modo di portarlo gradatamente dalla dipendenza all'autonomia "vigilata".

La scuola

È necessario che il bambino che frequenta la scuola venga reinserito al più presto, dopo l'esordio del diabete, nell'ambiente scolastico. Il pediatra di base può affiancarsi efficacemente al pediatra di comunità per dare le necessarie informazioni al personale della scuola.

In tal modo potrà fornire agli insegnanti maggiori informazioni sia sul diabete, sia sulle facilitazioni che il bimbo deve ottenere dall'ambiente scolastico quali il rispetto preciso degli orari dei pasti, la raccolta delle urine per effettuare la glicosuria, l'uso di una stanza appartata dove eseguire l'autocontrollo e le iniezioni di insulina. La sorveglianza periodica del rispetto delle regole fissate nella riunione a scuola è demandata al pediatra di comunità ed all'assistente sanitaria che seguono la scuola.

I rischi di aggravamento dello squilibrio metabolico

In alcune condizioni vi può essere un rischio di squilibrio metabolico. Bisogna tenerle presenti.

Le infezioni

Lo stress determinato da una malattia frequentemente porta ad un peggioramento del controllo glicemico, con maggior rischio di iperglicemia. Nel corso di infezioni con sintomi importanti o prolungati quali vomito, diarrea od anoressia spiccata, è quindi opportuno rivedere il piano di terapia insulinica per evitare il persistere di iperglicemie, soprattutto se si associa glicosuria e chetonuria. Nel bambino molto piccolo, nel corso di una infezione importante, la dose di insulina non deve essere aumentata indiscriminatamente poiché, così facendo, si può incorrere in ipoglicemie anche prolungate. In ogni caso è opportuno aumentare il controllo di glicemie e glicosurie e regolare l'insulina da iniettare in base anche alle condizioni cliniche del bimbo e del suo appetito. Se compare chetonuria e l'instabilità glicemica è marcata è utile una consulenza con il centro ospedaliero. Nell'uso dei farmaci si devono preferire le compresse agli sciroppi, per il loro contenuto in zuccheri semplici; è necessaria cautela nell'uso dei cortisonici che potrebbero causare rialzi glicemici anche rilevanti. I diuretici tiazidici, la furosemide, i beta-bloccanti, l'acido nicotinico e i prodotti che contengono estrogeni causano iperglicemie e si devono quindi evitare.

Fabio, di 8 anni, ha il diabete dall'età di 4 anni e sta facendo 4 iniezioni quotidiane di insulina con insulina rapida prima di colazione, pranzo e cena (23% dell'insulina totale a ogni dose) e lenta prima di coricarsi (ore 23: 30% dell'insulina totale). La dose totale di insulina è pari a 0,8 unità/kg/die. Da due giorni ha febbre, faringite con tampone faringeo positivo per SBEA, anoressia e vomito. È in terapia con Fenospin e Tachipirina in compresse. Ha molta difficoltà ad alimentarsi e beve solo liquidi. Si aumentano i controlli di glicemia e glicosuria che documentano una glicemia variabile che tende ad essere bassa. La dose di insulina lenta

si mantiene invariata e si riducono le dosi di rapida del 10-20% in base all'appetito di Fabio e alla glicemia preprandiale. Dopo 2 giorni la febbre scompare e dopo 4 giorni cessa il vomito e diminuisce l'anoressia. La glicemia tende ad essere alta e compare glicosuria con acetonuria. Vengono perciò aumentate le dosi di rapida con incrementi del 10-15%, in base alle glicemie preprandiali e all'appetito del bambino. Dopo 8 giorni la glicemia si normalizza e si torna ai dosaggi consueti di insulina.

Gli scompensi glicemici acuti

I bambini diabetici e le loro famiglie sono istruiti a far fronte agli squilibri metabolici acuti e il medico di base deve rinforzare le informazioni date dal centro. In caso di ipoglicemia marcata è necessario somministrare al bambino 5 o 10 grammi di carboidrati a rapido assorbimento, meglio se contenuti in bevande di pronta disponibilità (succhi di frutta). In caso di perdita di coscienza od impossibilità di assumere zucchero per bocca, andrà somministrata una fiala di glucagone da 1 mg per via intramuscolare, che deve sempre essere presente nel frigorifero di casa, oppure 20-30 ml di soluzione glucosata al 30% per via endovenosa.

Dopo l'iniezione in genere il paziente riprende rapidamente i sensi e gli si deve far assumere bevande zuccherate. Se invece non riprende coscienza è utile somministrare una seconda fiala di glucagone dopo circa 10 minuti. In caso di iperglicemia sporadica con o senza glicochetonuria e/o poliuria e polidipsia, è bene che il pediatra di base valuti insieme al paziente ed alla sua famiglia le motivazioni dello squilibrio glicemico per decidere la strategia migliore per la sua risoluzione. Non sempre la soluzione è quella di aumentare l'insulina, soprattutto nel caso delle iperglicemie del risveglio che possono essere la conseguenza di una ipoglicemia notturna. In questo caso saranno i controlli glicemici notturni e l'analisi delle glicochetonurie mattutine a svelare l'origine della iperglicemia e suggerire l'adeguamento della dose serale di insulina.

Melissa, di 11 anni, ha il diabete da circa 5 anni e sta facendo 3 iniezioni di insulina

al giorno. Usa iniettori a penna e inietta insulina premiscelata 30/70 al risveglio (45% del totale di insulina) e prima di cena (40% dell'insulina totale) e rapida prima di pranzo (15%). Da circa 15 giorni al risveglio ha iperglicemie (180 - 250) con glicosuria da 1 a 2,5 g/l, senza acetonuria. Ha iniziato da 6-9 mesi lo sviluppo puberale. I controlli glicemici mostrano un buon equilibrio durante il giorno e dopo cena, e un rialzo alle 2. Si tratta dell'effetto alba legato all'aumento degli ormoni che regolano lo sviluppo sessuale e la crescita, che tendono ad alzarsi nelle prime ore del mattino e a contrastare l'azione dell'insulina. Si aumenta quindi del 10% la dose di insulina premiscelata prima di cena e la glicemia al risveglio si normalizza.

Ronnie, di 16 anni, ha il diabete da più di 10 anni e fa una intensa attività sportiva. Fa terapia insulinica con tre iniezioni di rapida prima di colazione, pranzo e cena e lenta prima di coricarsi. Da 3 giorni ha iperglicemia al risveglio (250 - 300) con acetonuria e scarsa glicosuria (1 - 2,5 g/l). Le glicemie prima e dopo cena sono a norma. Da 5 giorni fa allenamenti di calcio serali senza ridurre le dosi di insulina rapida prima di cena e dimenticando di assumere supplementi di carboidrati a rapido e lento assorbimento. Si tratta dell'effetto di rimbalzo (Somogy) dovuto a ipoglicemie notturne legate all'attività fisica, che causano una risposta ormonale controinsulare che porta all'iperglicemia mattutina. La situazione si normalizza riducendo l'insulina rapida prima della cena del 10 - 20% e facendo fare a Ronnie una merenda dopo l'attività sportiva a base di carboidrati (ciambella o pane).

La valutazione periodica del controllo metabolico e di alcuni fattori di rischio

Il controllo del diabete prevede esami da effettuare a scadenze fisse. È da ripetere ogni tre mesi l'emoglobina glicosilata. Sono da ripetere annualmente: anticorpi antigliadina (IgA e IgG), T3, T4, TSH, anticorpi anti microsomi ed antitireoglobulina, anticorpi anti parete gastrica (a partire da 5 anni dalla diagnosi), anticorpi anti Helicobacter, assetto lipidico a digiuno

(colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, ottenuti a digiuno), azotemia e creatinemia, peptide C (fino alla constatazione del suo esaurimento), microalbuminuria notturna ed esame delle urine. Anche il fundus oculi e la visita odontostomatologica vanno ripetuti annualmente.

La valutazione periodica per il riconoscimento precoce delle complicanze

La insorgenza di alcune complicanze va monitorata con particolare attenzione.

1) *Retinopatia*: la retinopatia diabetica è presente raramente nel bambino e nell'adolescente manifestandosi quasi esclusivamente nel diabetico adulto, soprattutto se in cattivo controllo metabolico. Secondo il Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT) (9,10) la terapia intensiva riduce il rischio medio corretto per lo sviluppo di retinopatia del 76% rispetto alla terapia convenzionale rallentando inoltre la progressione della retinopatia del 54% e riducendo lo sviluppo di retinopatie proliferative e gravi non proliferative del 47%. Per la sua individuazione precoce è opportuna l'esecuzione della fluorangiografia retinica dal quinto anno di malattia e comunque all'esordio della pubertà. Va inoltre ripetuta dopo 3 anni alternandola al fundus oculi o prima se vi sono alterazioni retiniche se compare ipertensione arteriosa e/o microalbuminuria o sintomi di deficit visivo.

2) *Nefropatia*: in età pediatrica l'incidenza di nefropatia diabetica (n.d.) non è elevata e dipende essenzialmente dal controllo metabolico. La n.d. clinicamente evidente compare dopo circa 10-15 anni di malattia e l'insufficienza renale terminale da essa causata, in assenza di un'adeguata terapia sostitutiva, è causa del 5-10% dei decessi tra i diabetici in generale, del 20% tra i pazienti con esordio clinico della malattia prima dei 40 anni e del 50% tra i diabetici prima dei 20 anni (11). Il DCCT ha dimostrato che la terapia intensiva riduce la presenza di microalbuminuria del 39%, e dell'albuminuria del 54% rispetto al trattamento convenzionale.

Per individuare precocemente la n.d. è necessario eseguire la determinazione della microalbuminuria notturna ogni 12 mesi, una volta compiuti i primi 5 anni di

DMID, e comunque all'esordio della pubertà. I valori di microalbuminuria vanno espressi in mcg/min/1.73 mq. e sono considerati patologici se superano il valore di 20.

Nei pazienti con persistente aumentata escrezione di albumina deve essere valutata ogni 6 mesi l'albuminuria, la pressione arteriosa ed il profilo lipemico.

3) *Neuropatia*: la neuropatia diabetica può essere già presente in età adolescenziale e va individuata precocemente valutando la velocità di conduzione motoria e sensoriale, della soglia vibratoria e dei test per la funzione neurovegetativa dopo 5 anni dalla diagnosi di DMID e a scadenza triennale.

Il DCCT ha dimostrato che la terapia intensiva riduce la manifestazione clinica di neuropatia del 60% rispetto alla terapia convenzionale.

Bibliografia

- 1) American Diabetes Association, *Standards of medical care for patients with diabetes mellitus*. *Diabetes Care* 1996;19 suppl. 1.
- 2) European IDDM Policy Group, *Consensus guidelines for the management of IDDM*. *Diabetic Med.* 1993;10:990-1005.
- 3) Bougneres P.F., Jos J. e Chaussain J.L., *Il diabete Mellito*. Ed. italiana a cura di M. Vanelli, Roma, A. Delfino ed. 1994;117-121 e 181-90.
- 4) Gruppo di studio di Diabetologia della SIEDP, *Standards di assistenza al bambino e all'adolescente con diabete*. *Riv. Ital. Pediatr.* 1995;21:897-99.
- 5) Gruppo di studio di Diabetologia della SIEDP, *Linee guida per il depistaggio dello stato preclinico del diabete di tipo I° nelle età pediatriche*. *Riv. Ital. Ped.* 1994;20:253-55.

6) Silink M., *Testing for control-home and hospital in Kelnar C., Childhood and adolescent diabetes*. London, Chapman e Hall, 1995;311.

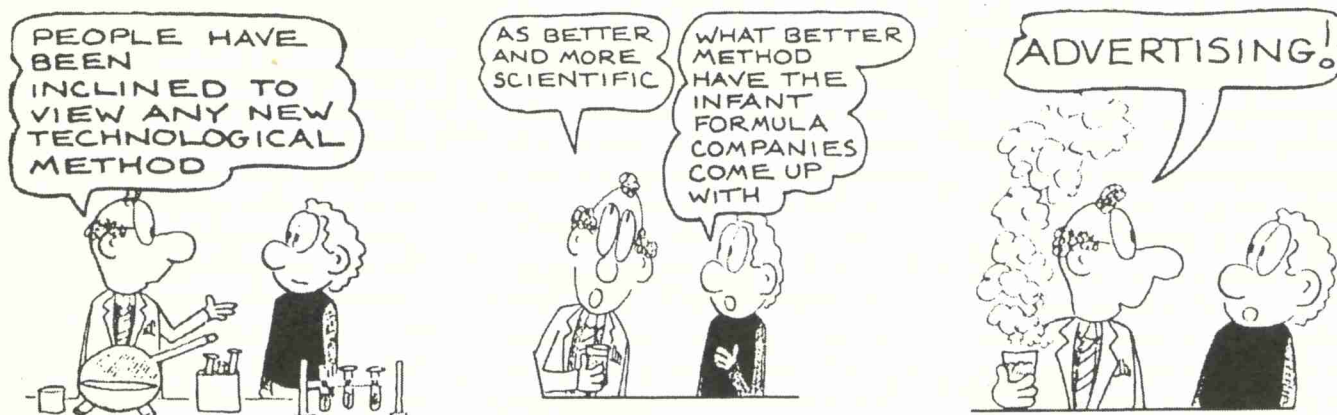
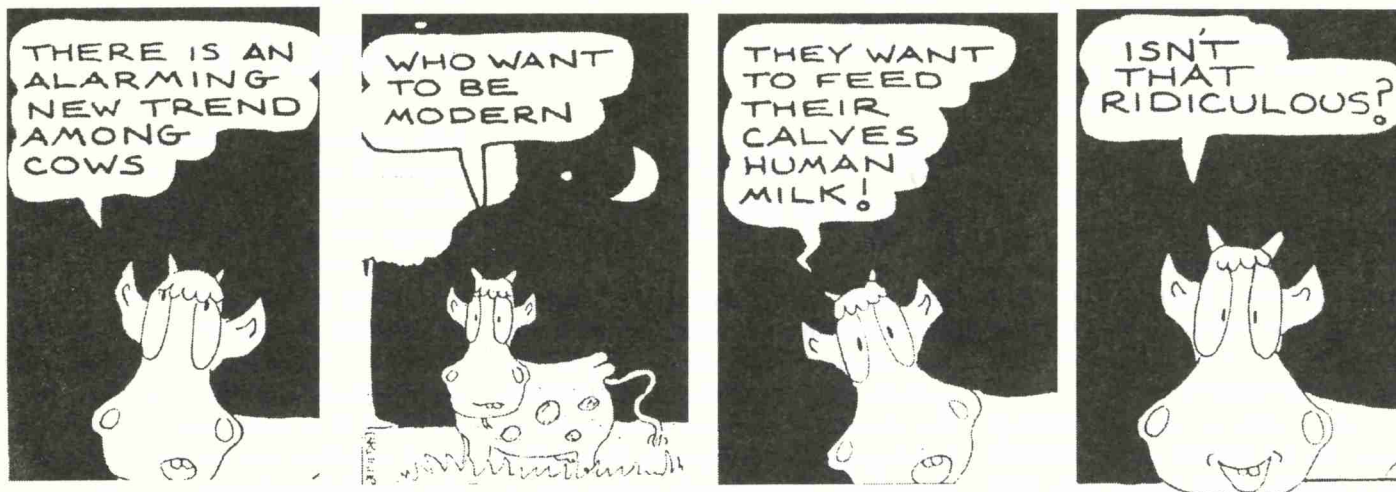
7) Nathan D.M., *Glicosilated hemogl.; what it is and how to use it*. *N.E.J.M.* 1984;310:341-6.

8) Wales J.K. e Forrest A.R., *Glycated Haemoglobin centiles: a basis for audit in children's clinics?* *Diabetic Med.* 1993;10:564-67

9) The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. *N.E.J.M.* 1993;329:977-86.

10) *Implementing the lesson of DCCT*. *Diabetic Med.* 1994;11:220-228.

11) F. Chiarelli et al., *Linee guida per la valutazione della escrezione urinaria di albumina in bambini ed adolescenti con diabete mellito*. *Riv. Ital. Pediatr.* 1995;21:333-36



PER GIOCO! ma non poi tanto

- Ciao! Quanto tempo che non ti si vede. Come stai?

- Beh, benino, direi bene.

- Come, direi? Cos'è che non va?

- Beh, sai come vanno certe cose. Chi si ritrova in situazioni come la mia non può mai dire di star bene in senso assoluto. Prima il ricovero, gli accertamenti, le cure, poi ritornare per i controlli. Non sai mai quando finisce.

- Lo credo bene poverina! Ma tu cosa ti senti?

- Ma io mi sentirei anche bene, un po' stonata forse, sai, dopo la vita cambia.

- Beh, certo, ma saranno anche le medicine.

- Ah, quelle non ti dico quante ne ho prese, ma una volta uscita dall'ospedale mi hanno dato sì e no 2-3 medicine soltanto. E per riprendermi mi danno un po' di vitamine, il ferro e certe bustine da bere che fanno schifo solo a guardarle.

- Senti, da retta a me. Mangia per benino un po' di tutto e smettila di prendere quelle porcherie.

- È proprio quello che non posso fare. Mi hanno dato una dieta molto precisa. Niente verdure, solo insalata bianca. Niente latte né formaggi freschi. Uova e pesce neanche a parlarne. I legumi poi no perché fanno aria. E poi capisci bene da te niente vino, caffè, tè o cioccolata. Nella mia situazione sono come veleno.

- Certo che lo capisco e non sai quanto mi dispiace. Ma per fortuna oggi la medicina riesce a guarire anche queste cose. Però potresti andare un po' fuori, una bella vacanza. Dicono che ritemprare lo spirito in questi casi aiuta.

- Non sai quanto ne senta il bisogno, ma mi hanno detto che debbo stare molto attenta al clima.

Il mare agita, la montagna è troppo alta, la campagna troppo calda. E poi è meglio che non mi metta in mezzo alle tentazioni se no mi stanco e non posso permettermele. Tu lo sai che sportiva che ero. Tennis, nuoto, bicicletta. Ormai è un capitolo chiuso.

- Certe esperienze è vero che ti cambiano la vita. Finché non ti toccano in qualche modo non riesci neanche a immaginare quanto. Ci vuole una gran forza.

- Quando ti ci trovi alla fine ti adatti se vuoi sopravvivere. Io lo devo fare per

forza. Tra l'altro rischio anche che mi si abbassi la vista, capirai.

- In ogni modo ti trovo bene. Mi sembra anche piuttosto ingrassata.

- Lo credo bene, con tutto quello che mangio. Sempre le stesse cose ma fino a vomitarne. Anche questo fa parte della cura. Non ne posso proprio più. Sto sull'orlo di un esaurimento nervoso. Non vedo l'ora che finisca tutto.

- Ma alle visite di controllo che ti dicono?

- Che va tutto bene purché continui così. La dieta, una vita tranquilla, le mie medicine... Sono tanto preoccupata. Speriamo che vada tutto bene.

- Ma hai provato ad andare da qualcun'altro? Che so, con l'omeopatia, l'agopuntura, le erbe?

- Tutte, le ho provate tutte. Non so se giovino ma continuo anche con quelle e non ti dico i soldi.

- Ma senti... A me lo puoi anche dire... Che tumore hai?

- Cosa? Un tumore... io... Ma no! ... Allatto!

OTITE MEDIA: NUOVE PROPOSTE

Following on the logic of the argument that circumcision is good because it prevent urinary tract infections. I would propose, in only a small degree of hyperbole, that decapitation prevent otitis media, an infection no less problematic than that of the urinary tract. (*Pediatr. Infect. Dis. J.* 1996;15: pagina gialla).

UNA MELA AL GIORNO...

...così *Lancet* commenta, nel numero del 9 novembre, l'episodio d'intossicazione alimentare, occorso in USA e Canada, in bevitori di succo di mela di derivazione naturale preparato dall'industria.

Il succo di mela è risultato inquinato con *E. Coli* 0157:H7.

Tale germe ordinariamente può trovarsi, non nelle mele, ma nella carne poco cotta per un inquinamento con feci di animali nelle fasi di preparazione.

È probabile che le famose mele abbiano

subito lo stesso tipo di contaminazione non eliminata dal processo di pastorizzazione.

MARY POPPINS

Mary Poppins cantava "con un poco di zucchero la pillola va giù, la pillola va giù, la pillola va giù".

Un prodotto da banco contro la tosse, non in commercio in Italia, ma in USA, e senza aggiunta di zucchero, ha adottato questa presentazione:

"con tutto il rispetto per Mary Poppins, questo sciroppino per la tosse va giù anche senza un poco di zucchero".

IL CEFTIBUTEN SPACCA IL CAPELLO IN NOVE

Sulla pagina gialla del *Pediatric Infectious Journal* di maggio 1996 ci si chiede perché mai il dosaggio del Ceftributen sia di 9 mg/kg e non di 10. Possibile che 1 mg/kg faccia la differenza? Ci sono ragioni scientifiche che stanno per il 9? "Perhaps manufacturer want to test your mathematical skills" dice il giallista americano. Si vuole spaccare il capello o spaccare qualcosa'altro? O si vuole costringere il pediatra ad acquistare una calcolatrice? La Shering (o qualche collegata) ne vende?

INCREDIBILE!

Del tutti inattesi i risultati di una ricerca condotta in Bangladesh. I bambini vaccinati con antipolio orale, se avevano diarrea acuta, dimostravano una risposta anticorpale un po' inferiore a quelli che la diarrea non avevano (*Pediatr. Infect. Dis. J.* 1996;15:204). Se invece (*JAMA* 1996;275:704) i bambini con la diarrea venivano vaccinati con il MMR la sierconversione era regolare.

Conclusione: ci sono più cose al mondo, Orazio, di quanto non sappia la tua filosofia (Shakespeare).

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.

ACELLUVAX® DTP

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE - ACELLUVAX® DTP (vaccino acellulare contro la difterite, il tetano e la pertosse da ingegneria genetica).

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA - Una dose (0,5 ml) contiene: *Principi attivi*: almeno 30 U.I. di anatosina difterica; almeno 60 U.I. di anatosina tetanica (dosaggio su topo); 5 µg di PT-9K/129G (tossina della pertosse geneticamente detossificata); 2,5 µg di FHA (emoagglutinina filamentosa) e 2,5 µg di 69KD (pertactina). *Eccipienti*: sodio etilmercurio-tiosalicilato (conservante) 0,05 mg; idrossido di alluminio (adiuvante) 1 mg; cloruro di sodio mg 4,5; acqua per preparazioni iniettabili q.b. a 0,5 ml.

3. FORMA FARMACEUTICA - ACELLUVAX® DTP è una sospensione sterile iniettabile di anatosine difterica e tetanica purificate e di antigeni purificati di *Bordetella pertussis*. Nel processo di preparazione di ACELLUVAX® DTP non vengono utilizzati emoderivati o in genere sostanze di origine umana.

4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE E TOSICOLOGICHE - ACELLUVAX® DTP è un vaccino acellulare adsorbito su idrossido di alluminio costituito dalle anatosine tetanica e difterica e da tre antigeni purificati di *Bordetella pertussis*, agente eziologico della pertosse. Le anatosine difterica e tetanica derivano classicamente dalla detossificazione chimica delle rispettive tossine, mentre per la produzione degli antigeni pertossici sono state utilizzate innovative tecniche di ingegneria genetica. Infatti l'antigene principale del vaccino e cioè la tossina della pertosse (PT), che è il maggiore responsabile della patogenesi della malattia e della sua sintomatologia, deriva da un ceppo mutante di *B. pertussis* che produce una PT immunologicamente attiva, ma priva di tossicità. Tale proteina, brevettata da Biocine e denominata PT-9K/129G, ha dimostrato in prove cliniche controllate, la sua maggiore immunogenicità rispetto alle molecole di PT ottenute per detossificazione chimica. Nella preparazione del vaccino, alla PT detossificata geneticamente, vengono aggiunti anche la emoaagglutinina filamentosa (FHA) e la pertactina o proteina di membrana 69KD, che sono responsabili dell'adesione di *B. pertussis* all'epitelio ciliato del tratto respiratorio.

L'efficacia dei vaccini acellulari nel prevenire la pertosse è stata dimostrata nel corso di sperimentazioni sul campo i cui risultati sono stati pubblicati sulla letteratura internazionale.

La vasta sperimentazione clinica effettuata con ACELLUVAX® DTP ha evidenziato la sua maggiore tollerabilità rispetto al vaccino DTP tradizionale a cellule intere e la sua elevata immunogenicità.

La somministrazione di tre dosi di vaccino, con l'intervallo di due mesi l'una dall'altra, induce la comparsa di titoli significativi di anticorpi neutralizzanti antidifterici, antitetanici ed antipertossici praticamente nel 100% dei vaccinati. La somministrazione di una dose di rinforzo un anno dopo la terza dose determina un ulteriore incremento dei titoli anticorpali.

5. INFORMAZIONI CLINICHE

5.1. Indicazioni - Vaccinazione preventiva combinata contro difterite, tetano e pertosse nei bambini fino a 6 anni di età.

5.2. Controindicazioni - Evitare la vaccinazione in caso di accertata ipersensibilità ai componenti del vaccino e durante qualsiasi affezione feb-

brile. I numerosi studi clinici effettuati con il vaccino acellulare antipertosse da ingegneria genetica hanno evidenziato la sua maggiore tollerabilità rispetto al vaccino antipertosse tradizionale a cellule intere. Tuttavia, nei bambini con storia personale di convulsioni o altri disturbi del sistema nervoso centrale (SNC) dovrà essere attentamente valutato il rapporto rischio beneficio della vaccinazione. Una storia familiare positiva per convulsioni non rappresenta invece una controindicazione alla somministrazione del vaccino. Il verificarsi di una reazione anafilattica di tipo immediato o di una encefalopatia, non dovuta ad altra causa evidente, e definita come una grave compromissione in forma acuta del SNC entro 7 giorni dalla somministrazione del vaccino, costituisce una controindicazione alla somministrazione di ulteriori dosi dello stesso vaccino.

5.3. Effetti indesiderati - Gli studi clinici hanno evidenziato che il vaccino è estremamente ben tollerato. Ciò nonostante, possono verificarsi, in una modesta percentuale di vaccinati, effetti collaterali di tipo sistemico (febbre, irritabilità, sonnolenza e perdita dell'appetito) e/o di tipo locale (arrossamento, gonfiore e dolore). Molto più raramente possono verificarsi reazioni di maggiore intensità quali febbre elevata e pianto persistente.

Rivolgersi al medico in caso di eventuali manifestazioni diverse da quelle segnalate.

5.4. Speciali precauzioni per l'uso - Come per ogni altro prodotto di natura biologica non può essere esclusa la comparsa di reazioni di ipersensibilità; pertanto è necessario mantenere disponibili adrenalina 1:1000 e corticosteroidi per trattare eventuali reazioni allergiche di tipo immediato. Agitare il contenuto della fiala prima dell'uso. Assicurarsi che l'ago della siringa non penetri nel lume di un vaso sanguigno.

5.5. Uso in gravidanza - Non pertinente in quanto il prodotto è di esclusivo impiego pediatrico.

5.6. Interazioni medicamentose - La somministrazione di ACELLUVAX® DTP può essere effettuata contemporaneamente, ma in siti di somministrazione diversi, a quella dei vaccini antipolio, antiptatite B, antimorbillo-rosolia-parotite ed antiemofilo. Nei soggetti affetti da immunodeficienze congenite e/o acquisite ed in quelli sottoposti a terapia corticosteroidica o immunodepressiva, la risposta immunitaria al vaccino può essere minore; la vaccinazione di questi soggetti è comunque consigliata in considerazione della particolare gravità che in essi può assumere la pertosse. Non sono state segnalate interazioni che sconsiglino la somministrazione di questo vaccino contemporaneamente ad altri farmaci.

5.7. Posologia e modo di somministrazione - Il vaccino deve essere somministrato per via intramuscolare, preferibilmente a livello della faccia anterolaterale della coscia nei bambini più piccoli. La scheda vaccinale prevede la somministrazione di tre dosi di vaccino:

- la prima dose va somministrata a partire dai 2 mesi di età; la seconda e la terza dose ad intervalli di 6-8 settimane tra l'una e l'altra;

- una quarta dose è consigliata 6-12 mesi dopo la somministrazione della terza dose, all'età di 15-18 mesi;

- una quinta dose di richiamo è consigliata all'età

di 4-6 anni.

- successivi richiami possono essere effettuati ogni 5-10 anni con una sola dose di vaccino antidifterite-tetano per adulti e di vaccino antipertosse monovalente (ACELLUVAX®). La suddetta scheda di somministrazione è raccomandata per la vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse dalle principali organizzazioni sanitarie internazionali in quanto consente un'adeguata immunizzazione in tempi rapidi (ciò è particolarmente importante per la prevenzione della pertosse che è una malattia potenzialmente pericolosa per la vita entro il primo anno di età); tuttavia, per motivi di opportunità, in particolari condizioni epidemiologiche, il sanitario può decidere di posporre di alcuni mesi la terza dose di ACELLUVAX® DTP e farla coincidere con quella di altri vaccini obbligatori nel nostro Paese.

5.8. Sovradosaggio - Non pertinente in quanto il prodotto è fornito in confezione monodose.

5.9. Avvertenze - Il vaccino non deve essere somministrato per via endovenosa. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini.

5.10. Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine - Non pertinente.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1. Incompatibilità - Non sono riportati casi di incompatibilità.

6.2. Stabilità - Conservato in frigorifero a temperatura compresa tra +2°C e +8°C il vaccino è stabile per 2 anni.

La data di scadenza indicata sull'astuccio si riferisce al prodotto in confezione integra, correttamente conservato. Non usare il prodotto dopo la data di scadenza.

6.3. Speciali precauzioni per la conservazione - In frigorifero a temperatura compresa tra +2°C e +8°C. Evitare il congelamento.

6.4. Natura del contenitore, confezioni, prezzi - Il prodotto finito è fornito nella seguente confezione:

- fiala-siringa pronta per l'uso contenente 0,5 ml di vaccino.

Prezzo L. 45.000

6.5. Nome e ragione sociale del titolare della immissione in commercio - Biocine S.p.A., via Fiorentina 1, 53100 Siena.

6.6. Numero di A.I.C. e data di prima commercializzazione - N. 029401027. Nuova specialità.

6.7. Eventuale tabella di appartenenza secondo la legge n. 685 del 22.12.75 - Non pertinente.

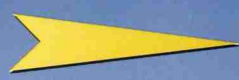
6.8. Regime di dispensazione al pubblico - Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

 **BIOCINE**

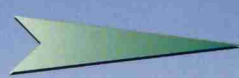
Biocine S.p.A., Via Fiorentina 1, Siena

Acelluvax DTP[®]

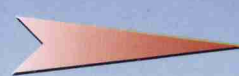
*Insieme per
prevenire*



Difterite



Tetano



Pertosse

Vaccino
acellulare
contro

da
ingegneria
genetica

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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