

# quaderni acp

bimestrale di informazione politico culturale e di ausili didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri

## Più soluzioni o più problemi?

edizioni no profit ACP



# Liberiamo Moncef Marzouki

medico di comunità tunisino

I received from (...) a copy of a letter you sent (...) about an invitation to attend your health community congress next February in Palermo. I would like to thank you for this invitation. Of course I would be very pleased to come to Palermo and participate to your meeting. As you might know I have been deprived of my passport, my position as head of a community medicine department. My handbook: Introduction to Community medicine cannot be circulated in Tunisia. My fax-telephone has been cut and

my personal mail is intercepted very often. This continual harassment is due to my commitment in the struggle for Human Rights and civil liberties in Tunisia.

I doubt that the government would allow me to leave the country.

**This why I appeal to the solidarity of my Italian colleagues.** Once again thank you for your invitation and for all what you could do to help me.

Sousse 28 January 1997

Sincerely yours  
**Moncef Marzouki**

Caro professore

Ci sono tre ragioni, tre buone ragioni per chiedere come partecipanti al congresso di Palermo un intervento a favore della sua liberazione.

Una prima ragione viene dal nostro essere di pediatri, di operatori in continua difficoltà nell'affrontare i temi di comunità nel nostro paese, temi a Lei cari. Ma il prezzo che noi paghiamo, ogni giorno per volerli affrontare è infinitesimamente più piccolo di quello che lei ha pagato e paga ogni giorno. Tanti colleghi hanno abbandonato questa battaglia perché troppo penalizzante nelle carriere o nella vita di ogni giorno. Persone come Lei ci ricordano invece che nessun prezzo è troppo alto per combattere per i propri ideali. Di questo la ringraziamo.

Una seconda ragione viene dal nostro essere di siciliani. In nessuna regione di confine il disinteresse per quel che succede nella casa del vicino è tanto alto come nella nostra terra, i siciliani dimenticano troppo facilmente che nessuno sviluppo sarà possibile per questa terra finché anche l'Africa del Nord non avrà cominciato il suo cammino verso la libertà. Le vostre terre sono ancora e soltanto terre di manodopera a basso prezzo, delle libertà di cui mancate pochi sono informati. L'impegno per Lei è una speranza anche per la nostra terra: nessuno sviluppo sarà possibile per voi senza la libertà, nessuno sviluppo sarà possibile per noi senza il vostro sviluppo.

La terza e ultima ragione viene dal nostro essere italiani. In questi giorni il nostro paese discute di solidarietà e di stato sociale, temi che saranno affrontati nel nostro convegno, in maniera approfondita e realistica, ma la solidarietà di cui il nostro governo si dice fautore è nettamente contraddetta dalle cifre: di tutti i paesi d'Europa l'Italia è all'ultimo posto nell'accoglienza agli esuli politici. La Germania da noi considerata come un paese egoista ha accolto nel 1996 quasi 60.000 esuli politici, l'Italia ben... 303.

Stando a indicatori come questo non crediamo ci sia tanto da essere orgogliosi del cosiddetto cuore italiano.

Abbiamo chiesto in suo favore un intervento al Ministero degli Esteri, lo abbiamo chiesto ad altri ministeri competenti. Lo chiederemo in tutte le sedi, lo chiederemo ai colleghi.

Caro professore, siamo noi a doverla ringraziare per le sue battaglie e il suo coraggio.

Non ci sentiremo liberi finché anche Lei non sarà libero, questa è l'unica promessa che siamo in grado di farle.

**Seguono centocinquanta firme**

# 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 Dessi

via Montiferru 6,  
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 Piermarini, Paolo Siani**

c/o Salvo Fedele  
via Galileo Galilei 99,  
90145 Palermo.

Tel. 091/201553

E-mail: sfedele@mbox.vol.it

## Grafica

e videoimpaginazione

**Ignazio Bellomo**

**P. R. Ester Prina**

## Pubblicità

**Comunicazione P. R.**

viale Boezio 4, 20145 Milano  
Tel. 02/33604500

## Stampa

**Rocco Curto Editore**

Sasso Di Castalda 85050  
Potenza

**Autorizzazione** del Tribunale  
di Oristano 308/89

Spedizione in abbonamento  
postale comma 26 art. 2  
legge 549/95 Potenza.

**Tariffa** di abbonamento

per i non soci:

lit. 40.000 da versare sul c/c  
n. 12109096 intestato a  
Associazione Culturale  
Pediatri, via Montiferru 6,  
09070 Narbolia (OR).

## Associazione Culturale Pediatri

### Acp edizioni No Profit

La rivista è suddivisa in due  
sezioni:

**quaderni e ausili didattici**

La sezione **quaderni** pubblica oltre a notizie sulla acp, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli 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.

Il disegno di copertina è tratto da "Mouse Party" di Alan Durant illustrato da Sue Heap, Walker books London 1995. Le altre illustrazioni di questo numero sono tratte da "The Waterstone's Guide to Children's Books" di Michelle Birch. La Waterstone è una delle più belle librerie di Dublino e a Dublino si intendono di libri!

## Sommario

Marzo - Aprile 1997

## quaderni

- 4 Editoriale** *Paolo Siani*  
Più scuola, più salute
- 5 Questo numero** *Salvo Fedele*
- 6 Congressi Controluce** *Rubrica redazionale*  
Nisida - Trento - Benevento
- 8 Ricerca** *AA. VV.*  
La vaccinazione antimorbillosa  
Diagnosi di celiachia atipica
- 13 Nessuno scrive al colonnello** *Salvo Fedele*  
Lettera aperta a Gad Lerner
- 14 Libri** *Nicola D'Andrea*  
Le recensioni del mese
- 16 Letture** *Giancarlo Cerasoli, Rosella Brunelli*  
C'era una volta
- 18 Immaginando** *Fabio Arcangeli*  
Lesioni bollose e vescicolari
- 23 Info & World - Info** *Rubrica redazionale*  
Notizie di interesse sanitario dal mondo e dall'Italia
- 26 Diritti**  
Il disegno di legge del ministro Livia Turco
- 29 Organizzazione sanitaria** *Giancarlo Biasini*  
Lessico poco familiare: il benchmarking
- 30 Letture** *Rosella Brunelli*  
La "sintesi degli opposti"
- 32 Lettere**
- 34 Appuntamenti**
- ausili didattici**
- 36 Leggere & Fare** *Rubrica redazionale*  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- 40 Bilanci di salute** *Giancarlo Cerasoli*  
Visita a 2-3 mesi
- 43 Informazioni per genitori e pazienti** *Lucio Piermarini*  
Enuresi: istruzioni per i genitori  
Cosa fare in caso di laringite
- 46 Abc in pratica** *Antonella Brunelli*  
Procedure diagnostico-terapeutiche per naso, occhio e orecchio

# Più scuola, più salute

Paolo Siani

Ci siamo interessati spesso della scuola, della dispersione scolastica, fenomeno che assilla il sud d'Italia (il 10% dei bambini del sud non frequenta la scuola media contro il 3% del nord, a Napoli la differenza tra alunni iscritti alla scuola dell'obbligo e alunni frequentanti è di 1.260 unità in meno) ma in generale il sud del mondo (la media di anni di scuola pro capite (1992) è di 0,3 in Somalia, 0,9 in Sudan, 1,1 in Etiopia, contro 12,4 negli USA, 12 della Norvegia, 11,7 nel Regno Unito, 11,6 della Germania), ci siamo interessati del rapporto che i pediatri hanno con il mondo della scuola; e sappiamo bene che investire nell'istruzione, soprattutto delle bambine, è un intervento altamente produttivo. Sappiamo altrettanto bene che i figli di donne poco istruite hanno maggiori possibilità di ammalarsi, di ricoverarsi in ospedale, e il tasso di mortalità infantile correla inversamente con il grado di istruzione materno (più la mamma è istruita più basso è il tasso di mortalità, *tabella 1*). È ormai noto che la mancanza di istruzione espone a maggiori rischi di povertà: il 28,1% delle famiglie in cui la persona di riferimento non ha alcun titolo di studio è povero. Inoltre la percentuale di bambini che frequenta la scuola materna in Italia correla con il tasso di disoccupazione; più è alto il tasso di disoccupazione e minore è il numero dei bambini che frequenta la materna (*tabella 2*). Non staremo qui a enfatizzare il ruolo decisivo che ha la scuola nella società, però la recente proposta di riforma presentata dal governo ci sembra contenga un'importante novità: non più otto gli anni della scuola dell'obbligo ma dieci. Ma la novità più rilevante è l'ingresso a scuola dei bambini un anno prima, non più a 6 ma a 5 anni. Ci sembra una scelta nel complesso giusta non solo perché l'Italia è attualmente un Paese con un tasso di scolarità pro capite di circa 6 anni mentre negli USA è di 12, 11 in Belgio e in Germania e 9 in Argentina, ma soprattutto perché è una iniziativa che va in aiuto alle famiglie più svantaggiate. È noto che una delle misure più efficaci per contrastare il fenomeno della dispersione/evasione scolastica è proprio la precoce scolarizzazione, non solo perché il bambino entra più presto a contatto con un mondo ben diverso dal suo, ma anche perché quell'anno in più trascorso nella scuola materna può servire a colmare i divari culturali, cognitivi e comportamentali che attualmente il bambino che vive in condizioni di disagio sociale incontra in prima elementare. E il ritardo già al primo anno di scuola elementare per molti sarà difficile da colmare e potrà essere uno dei motivi di abbandono della scuola.

Non si può però non dire che tale provvedimento rimarrà solo sulla carta se soprattutto al sud non si reperiranno nuove aule. A Napoli è stato calcolato che quando andrà in vigore il provvedimento ne serviranno 198. E allora, se si vuole che questo provvedimento veramente incida sulle nuove generazioni, bisogna da subito fare un censimento sulle aule disponibili e attrezzarsi ad ospitare i bambini a 5 anni in aule decenti e in scuole confortevoli.

Il 27,5% degli edifici scolastici che ospitano le scuole superiori sorgono in aree ecologicamente compromesse (vicino a discariche o a industrie inquinanti) e il 15% delle scuole è stato costruito prima del '900. Avere generazioni a perdere, scrive Darhendorf, non è conveniente anche da un punto di vista esclusivamente economico; investire nell'infanzia e avere generazioni più istruite determinerà



minori spese (anche sanitarie) e più entrate (più giovani nel circuito produttivo). Questo non sembra essere del tutto chiaro ai nostri governanti che hanno fino ad ora privatizzato l'infanzia investendo molto di più sugli anziani. L'Italia è l'unico Paese europeo che spende il 15,4% del PIL per pensioni di vecchiaia (contro il 10,8% della Gran Bretagna, il 12,1 della Germania, il 12,7 della Francia), lo 0,1% per la tutela della maternità (contro 0,3 della Gran Bretagna, 0,4 della Francia, 0,2 della Germania) e lo 0,8% per la famiglia (contro il 2,2 della Germania, 2,4 della Francia, 2,6 della Gran Bretagna). Nel complesso l'Italia spende per lo Stato sociale il 25,8% del PIL (contro il 30,3% della Germania, 30,9 della Francia, 27,3 della Gran Bretagna) e lo spende, per più della metà, per gli anziani.

La proposta del Ministro Berlinguer sulla riforma scolastica ci sembra possa invertire questa linea di tendenza.

"Sembra che lo Stato - scrive Tullio De Mauro - abbia finalmente compreso che per far diventare uguali i cittadini bisogna lavorarci" e sembra che si voglia finalmente investire anche sull'infanzia. Noi lo speriamo.

**Tab. 1. Mortalità infantile per grado di istruzione madre (tassi per 1.000 nati vivi); 1987/1988 - ISTAT**

	laurea	media sup.	media inf.	elem.	totale
nord	4,3	6,8	8,3	11	7,8
centro	8,6	7,2	10,6	12,3	9,4
sud	9,0	8,6	9,9	14,7	10,9
Italia	7,1	7,6	9,4	13,8	9,5

**Tab. 2. Frequenza della scuola materna e tasso di disoccupazione in quattro città italiane**

	Frequenza scuola materna	Tasso di disoccupazione
Napoli	48,9	41,7
Palermo	47,7	33,4
Bologna	84,1	9,3
Verona	82,2	9,9

## Questo numero

*Più soluzioni o più problemi? Abbiamo scelto un titolo "curioso" per questo numero, perché ci siamo accorti man mano che lo realizzavamo di cadere in un vecchio tranello dell'intelligenza: cercare soluzioni, analizzare le soluzioni, piuttosto che cercare i problemi. Accanto al benchmarking, ultimo ritrovato della scienza delle soluzioni, (si veda a pagina 29) abbiamo riportato il testo di legge dell'onorevole Turco senza commenti (si veda a pagina 26). Soluzioni, quindi. Eppure, da più parti nel mondo al centro dell'attenzione intellettuale sta sempre di più l'individuazione dei problemi. La soluzione di un problema da un punto di vista teorico è semplice, è la sua fattibilità pratica che la rende il più delle volte impraticabile (ridicola) proprio perché il problema non è stato del tutto compreso. La sanità italiana ha sofferto negli ultimi 30 anni di "riformite". La riformite è una gravissima patologia che si manifesta quando "le riforme" sono dettate dall'urgenza, inserite in una finanziaria e nella successiva modificate, guidate da un unico assioma: il problema è il reperimento dei fondi. La riformite della riforma, "la trasformazione in azienda" della sanità la dobbiamo all'ex ministro De Lorenzo, un uomo che è stato nelle case di tutti, acclamato ospite dei principali salotti televisivi. Ma ora che De Lorenzo è stato immolato e la "sua" riforma purificata, in quegli stessi salotti si continua a fare e dire quel che si faceva e diceva quando l'ex ministro era presente: si parla dei tagli prossimi venturi, si parla della centralità dell'ospedale pubblico e privato, si ignora l'importanza del "filtro territoriale" nel rinnovamento vero del sistema sanità (si veda a pagina 13). Ho curiosato in questi ultimi anni tra i libri e le esperienze che parlano di "ristrutturazione aziendale" degli altri paesi europei e ho scoperto che non esistono solo le vacanze intelligenti ma anche le ristrutturazioni intelligenti, fatte cioè non solo di tagli ma da un percorso comune di individuazione e di presa in carico di problemi. Le parole chiave di queste ristrutturazioni intelligenti sono due: capacità di individuare i problemi e impegno nella formazione, due parole bandite dal dibattito odierno italiano. L'errore primo dell'affaire Italia è un errore intellettuale di ragionamento: l'importante non è solo denunciare i colpevoli (i colpevoli, senza predicare la giustizia di massa) ma impegnarsi a rinnovare un sistema che ha già prodotto risultati disastrosi e che rischia di produrne altri (non ultimo per il giustizialismo dilagante: chi protegge i deboli? Chi protegge chi non alza la voce?). Però siamo un'azienda! Ma cos'è un'azienda per gli italiani? La nostra concezione aziendale deriva da una tradizione gerarchica e da tempo sorpassata. "Si dimentica che non soltanto l'ingegnere e il quadro ma anche l'operaio possono e debbono innovare, cioè porre problemi nell'ambito della loro responsabilità; la comprensione della realtà da parte del dirigente dipende dai problemi che arrivano a lui dagli operatori di base, e ciò che è vero in scenari relativamente semplici come le imprese industriali lo è ancor di più in situazioni complesse (come il sistema sanità)". Questo è il segreto di alcune ristrutturazioni aziendali che non hanno avuto bisogno dello sfruttamento più bieco del lavoro minorile per riemergere dalla crisi. Ma che azienda è un'azienda in cui l'operatore di base non ha, non un capo, ma neppure un referente cui segnalare quel che gli succede? C'è una via di uscita da tutto questo senza cadere nel bieco corporativismo cui ci si vuole cacciare? In questa rivista vivono e collaborano esperienze di uomini con formazione e ruoli professionali diversi. Un'esperienza rara, forse unica nel panorama scientifico italiano: lo diciamo con rammarico non con orgoglio. Questa esperienza di formazione comune non ci permette più di considerarci facenti parte di una o dell'altra corporazione. Ci sentiamo parte di un progetto comune: un progetto che investe in intelligenza, anche in tempi in cui la stupidità dilagante sembra aver contagiato anche le persone intelligenti. Non è una soluzione? Non lo è infatti: Francesco Ciotti scrive (si veda a pagina 33) che ci vuole un messaggio forte per scuotere le coscienze, forse abbiamo trovato il titolo: "Soluzioni: No grazie".*

S. F.



## NISIDA

Due pediatri...

Quello che vi raccontiamo non è un vero e proprio congresso, è piuttosto un incontro di aggiornamento, anche se non solo di aggiornamento scientifico si è parlato. Tutto ha inizio a Perugia nel settembre '96 alla tavola rotonda sulla violenza; modera il prof. Panizon e tra i relatori ci sono anche Pasquale Alcaro e un giudice minorile, napoletano, che si sta occupando del progetto di adozione sociale del bambino a rischio, Paolo Giannino. I tre si incontrano, affrontano con passione il tema della devianza minorile e Giannino invita Panizon e Alcaro a Nisida, sede di uno dei tre Istituti Penali Minorili della Campania. Panizon e Alcaro accettano l'invito e noi dell'ACP Campania cogliamo al volo l'occasione. Il 13 gennaio una delegazione di pediatri napoletani con i due ospiti attraversa il ponte che collega l'isolotto di Nisida a Napoli e varca il doppio cancello del carcere. Al di là ad aspettarli, Paolo Giannino, il Direttore del carcere, la sociologa, gli educatori, gli animatori e i trenta reclusi con un'età tra i 14 e 18 anni. Nella bottega di falegnameria il primo contatto con i ragazzi che sono a lavoro, l'incontro con Galluccio che chiede alla guardia che apre il cancello e ci fa entrare "ma chist' chi so"? (ma questi chi sono?), lo scambio di battute, i dialetti che si incontrano, una forte emozione che assale tutti nel vedere le facce di questi giovani, tutte uguali, tristi, ma con occhi svegli e intelligenti. E poi un altro che ha la mano destra fasciata, (ci spiegano che era stato in permesso premio a casa il 31 dicembre e ha perso due dita con i fuochi d'artificio), avvicina il giudice e sottovoce chiede: "Preside' mo che vado in ospedale nu me' facite' piantonà, vi prometto nu' me ne fuio" (Presidente ora che vado in Ospedale, non mi fate piantonare, vi prometto che non scappo). La visita continua nei laboratori di ceramica, di scenografia, di cucina. Durante le tre ore trascorse sull'isola rimasta ancora

incontaminata, sotto un cielo azzurro terso che la rende ancora più bella, ci spiegano che ogni ragazzo costa allo Stato circa 500.000 lire al giorno. Fatti rapidamente i conti tenendo presente che mediamente la pena da scontare è di tre anni, lo Stato spende circa 600.000 milioni per ognuno di loro (una cifra impressionante) per cercare di recuperarli e poi, ci dice Giannino: mai o quasi mai ci riesce. Il giorno dopo, l'aggiornamento sulle novità in terapia ambulatoriale: partecipano trenta pediatri di base e qualche ospedaliero. L'incontro autogestito e autofinanziato si è svolto a Secondigliano quartiere già noto per l'alto grado di disagio sociale e salito recentemente agli onori della cronaca per due voragini che l'hanno sventrato. Un incontro non formale, condotto dal prof. Panizon che ha fatto una carrellata sulle novità (rigorosamente in ordine alfabetico) su: allattamento materno, asma, endocrinologia, genetica, gastroenterologia e nutrizione, dicendo come al solito le cose vere, quelle che fa, senza condizionamenti di nessun tipo. E poi il dr. Somella, Direttore degli Istituti Penali Minorili dell'Italia Meridionale che spiega come si sta tentando di salvare questi ragazzi reclusi (che in Campania sono circa 100), reintegrandoli nella società, dando loro qualche strumento per imparare un mestiere in modo che una volta fuori da Nisida, possano trovare un lavoro. Chiede aiuto e collaborazione il dr. Somella ben consapevole pure lui che il recupero è assai difficile (e allora ancor più ci è chiaro quanto è importante la prevenzione, anche da un punto di vista esclusivamente economico). Alle 13.30 bisogna necessariamente interrompere altrimenti la già caotica viabilità partenopea, assieme ai danni causati dalle voragini, non farebbe arrivare in tempo il prof. Panizon all'aeroporto.

Il commento più significativo è quello che il Direttore Sanitario del Distretto 50 di Secondigliano fa a microfoni spenti: anche in una zona così degradata dove c'è tanta povertà, dove la terra ha inghiottito in pochi mesi tre persone in due spaventose voragini, può brillare una luce: la luce della cultura.

P. S.

## TRENTO

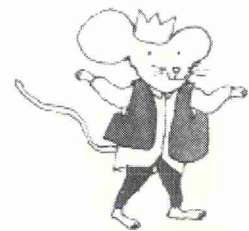
Le malattie croniche

A Trento il 23 novembre riunione sulle malattie croniche con visione prevalentemente dall'Ospedale. Organizzazione da parte del nuovo primario pediatra Nunzia Di Palma con partecipazione di molti relatori veneti, trentini, e altoatesini. Ci limitiamo a segnalarne alcuni.

Biasini, Vullo e Sereni hanno parlato dei bisogni assistenziali dei malati cronici.

Per completare lo schieramento dei "vecchi dell'ACP", Pedrotti, con la sua vocazione alla semplicità e alla semplificazione delle cure, ha parlato del neonato di basso peso (che non è "un malato cronico" ma ha i bisogni assistenziali del cronico) e dei risultati, veramente straordinari da lui ottenuti in Trentino. Cabrini, di Verona, ha fatto intravedere il futuro della terapia genica della fibrosi cistica, Pittschlier di Bolzano, uno degli inventori degli anticorpi antiendomisio nel cordone ombelicale, ha presentato i suoi interessanti dati sulla celiachia e la Pescollde-rungg, sempre di Bolzano, ha fatto una presentazione, didatticamente molto apprezzabile e sicuramente utile, dell'uso dei devices nel trattamento dell'asma cronico.

Fra tanti altri sostanzialmente inutili, un convegno con buona percentuale di utilizzabilità. La sua connotazione prevalentemente ospedaliera, se mantenuta nel futuro, può essere, a un tempo, un limite (limitazione della partecipazione) e un pregio (sono poche in Italia le buone riunioni "non di base").



## BENEVENTO

Il congressista  
fa domande

Alla giornata pediatrica sannita (11/1/1997) rispetto a qualche anno fa si nota che il numero degli interventi in discussione è molto più alto. Il tempo è insufficiente per tutte le domande.

Dopo le relazioni della mattinata di Bonifazi sulla dermatite atopica, di Longo sui trucchi del mestiere nella terapia dell'asma, di Panizon sull'orticaria si fa un giretto nei corridoi, al tempo del caffè, per chiedere "perché vi sta piacendo intervenire in discussione?". Sellitto l'organizzatore del convegno, dice "sono cresciuti". Gli altri danno risposte simpatiche e le esponiamo alla maniera con cui Cyrano affronta le definizioni del suo naso.

Il *semplice*: un tempo eravamo più timidi; l'*allusivo*: siamo a casa nostra; il *polemico*: di solito le domande ce le rubano quelli della prima fila; il *più polemico* (sghignazzando): non sono così noto da riuscire a farmi dare la parola ai congressi "veri"; l'*understated*: gli argomenti sono semplici, alla mia portata; il *profetico*: vedrà l'anno prossimo!; l'*utilitarista*: se ascolto porto a casa quel che vuole il relatore; se chiedo porto a casa quel che voglio io.



## Norme redazionali per gli autori

### ARTICOLI

Su Quaderni possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Per Windows si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Per Macintosh si dovranno convertire i file su dischetti IBM-compatibili, tramite Apple File Exchange, per poterli leggere in Word per Windows.

Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetti la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Lettere e articoli devono essere inviati all'indirizzo postale del direttore e non sono compensati.

### RICERCA

Nella rubrica "RICERCA" possono essere pubblicati brevi lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, l'area delle cure primarie e l'attività di base delle unità operative ospedaliere.

I testi dovranno essere strutturati in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute; in casi eccezionali da concordare con la redazione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure. Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto in inglese di 80-120 parole. Il riassunto deve essere strutturato in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*. Devono essere indicate da due a sei parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro.

Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette. I lavori per la rubrica "RICERCA" vanno inviati a Michele Gangemi, e saranno sottoposti al giudizio di un revisore. Il commento del revisore sarà risottoposto agli aa.

Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione.

## Pubblicità: doverosa spiegazione

Negli ultimi numeri di "Quaderni" sono comparse alcune inserzioni pubblicitarie di prodotti per l'alimentazione infantile non in regola con il codice di comportamento approvato dalla CEE e poi dal governo italiano. Ammettiamo di non avere effettuato un sufficiente controllo della pubblicità in un campo di grande delicatezza e di questo chiediamo scusa ai lettori. Del resto non avendo noi trasmesso alla ditta che cura la pubblicità il codice di cui sopra, non potevamo interrompere il contratto pubblicitario del 1996 senza arrecare danno a chi ci procura le inserzioni. Per il 1997 ci atterremo al rispetto della normativa CEE.



ricerca

Conoscenze, attitudini e pratica dei pediatri e dei medici vaccinatori

## La vaccinazione antimorbillosa

Angelika Mohn<sup>1</sup>, Alessandra Magnelli<sup>2</sup>, Domenico Cappellucci<sup>2</sup>, Piero Impicciatore<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clinica Pediatrica, Chieti

<sup>2</sup> Associazione Culturale Pediatri "M. Cotellessa", Chieti-Pescara

<sup>3</sup> Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Istituto "Mario Negri", Milano

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 8-10

**The measles vaccination: knowledge, attitudes and practices of pediatricians and community practitioners.**

### Abstract

*Although few data exist in Italy on measles vaccination coverage, insufficient protection has been observed in many country's regions; the resurgence of measles outbreaks is largely the result of this poor immunization coverage. To evaluate measles immunization practices of both pediatricians and community practitioners, an observational survey using a standardized questionnaire was conducted in two local health units of central Italy. 112 physicians (73 pediatricians and 39 community practitioners) responded to the survey. Measles vaccine was routinely offered by all pediatricians and by 90% of community practitioners; pediatricians were more likely than community practitioners to give a second dose of measles-containing vaccine (90% vs. 46%). Fifteen percent of community practitioners and two-thirds of pediatricians had no tracking systems for identifying unvaccinated children. The two physician groups had similar immunization practice styles and perceptions of the major barriers to immunization; for both, non-compulsoriness of the measles vaccination resulted the major barrier limiting an expanded coverage. Optimal measles prevention requires greater knowledge on behalf of health-care providers about how best to provide a vaccine during an outbreak as well as more information on measles epidemiology. More studies on immunization programs should be conducted locally to help in designing the most cost-effective measures to improve measles vaccine coverage and to better understand the barriers to full immunization. Furthermore, in the absence of legislation making vaccination mandatory, a new policy should assure more collaboration between the major health providers.*

**Key words:** measles vaccination, survey, immunization coverage, physicians' attitudes.

### Introduzione

Gli obiettivi dell'OMS nell'ambito del Programma Esteso di Vaccinazione per la Regione Europea prevedono per ciascuna malattia infettiva, scadenze operative e temporali dettagliate; in particolare per il morbillo, entro il 2000, l'assenza di mortalità da morbillo indigeno, e una morbosità inferiore a 1 caso per 100.000 ab.<sup>1</sup> L'OMS riporta, inoltre, che i tassi di copertura italiani per il morbillo sono in media inferiori al 50%: i più bassi di tutta l'Europa.<sup>2</sup>

Recenti indagini condotte in Italia hanno confermato che la copertura vaccinale per il morbillo è ancora insufficiente e che gli intervalli dei tassi di copertura sono molto ampi tra ed intra le singole Regioni, variando tra il 9 e il 53%.<sup>3,4</sup>

Sebbene con recenti iniziative si sia cercato di colmare il divario preventivo che ancora ci caratterizza nei confronti di altre nazioni,<sup>5</sup> molto rimane ancora da fare per adeguare la copertura vaccinale e migliorarne la valutazione.

L'indagine conoscitiva sulle attitudini alla vaccinazione antimorbillosa vuole rappresentare innanzitutto una risposta concreta verso i tanti casi di morbillo che si sono verificati recentemente in Abruzzo, alcuni dei quali andati incontro a gravissime complicanze. I risultati dello studio possono inoltre costituire la base per impostare una efficace (ma soprattutto realizzabile) strategia di prevenzione. Nel caso del morbillo, infatti, una corretta strategia impone regolari adattamenti dei programmi in seguito alle modifiche epidemiologiche indotte dalla vaccinazione stessa.<sup>6,7</sup>

### Metodi

La ricerca, di tipo epidemiologico osservazionale, è stata condotta durante i mesi di Maggio e Giugno del 1996. Durante il periodo dello studio, una lettera informativa sulle finalità dell'indagine e un questionario sono stati fatti pervenire (per posta o in occasione di convegni) ad un campione di pediatri di base e di medici vaccinatori (ufficiali sanitari e medici di igiene e sanità pubblica) delle province di Chieti e Pescara. Mediante il questionario (anonimo) sono stati raccolti dati relativi all'attitudine personale nei confronti della vaccinazione antimorbillosa e ai percorsi gestionali durante un outbreak di morbillo. Per la gestione ed elaborazione dei dati raccolti è stato utilizzato il database e package statistico EPI-Info (Versione 6).

### Risultati

Dei 160 medici consultati, 112 (70%) hanno aderito all'iniziativa: 73 pediatri di base su 90 (81%) e 39 medici vaccinatori su 70 (56%).

La vaccinazione antimorbillosa viene regolarmente consigliata da tutti i pediatri e dal 90% dei medici vaccinatori. I medici che non la consigliano riferiscono di farlo per una propria tutela legale o per un pregiudizio di innocuità della malattia; questi sono comunque tutti disposti a vaccinare contro il morbillo di fronte a una richiesta dei genitori o del pediatra.

Il richiamo viene consigliato dal 75% dei medici contattati; la quota sale al 90% per i pedia-



tri, scende al 46% per i medici vaccinatori. Solo due medici (un pediatra e un ufficiale sanitario) non pongono limiti di età per il richiamo, prendendo in considerazione la possibilità di vaccinare anche gli adulti; tutti gli altri si fermano all'età adolescenziale. Una copia della scheda vaccinale viene conservata dall'85% dei medici vaccinatori e dal 36% dei pediatri.

La quasi totalità dei medici riferisce di aver ricevuto in passato casi di rifiuto da parte dei genitori a far vaccinare i propri bambini contro il morbillo. Di fronte ad un rifiuto, cerca di convincere i genitori sulla necessità della vaccinazione il 97% dei pediatri e il 91% dei medici vaccinatori. Solo il 2% dei pediatri propone ai genitori la firma di un documento che attesti l'avvenuta informazione.

Insistono per vaccinare a tutte le età il 60% dei pediatri e il 30% dei medici vaccinatori; questi ultimi insistono maggiormente per i bambini sotto i tre anni (60%).

Il 43% dei pediatri non denuncia regolarmente all'autorità sanitaria i casi di morbillo; la maggioranza (58%) riferisce di non farlo per difficoltà di comunicazione e/o consegna del modulo. Per quanto riguarda le iniziative da adottare di fronte a un outbreak di morbillo, il 50% dei pediatri ritiene opportuno intervenire autonomamente; l'avviso in ambulatorio e il passaparola sono risultati i metodi maggiormente utilizzati per raggiungere le famiglie.

Un terzo dei medici vaccinatori, in caso di outbreak, attiva autonomamente misure di controllo, il 46% aspetta direttive dal dipartimento di prevenzione e solo il 35% ritiene opportuno avvisare i pediatri; l'avviso a scuola, o in asilo, è risultato lo strumento più utilizzato per raggiungere le famiglie.

Nella *tabella* sono riportate le risposte fornite dai medici consultati sulle misure di prevenzione da adottare, in caso di outbreak, nei bambini esposti al rischio di contagio.

La non obbligatorietà della vaccinazione è risultata infine la causa principale della bassa copertura vaccinale che si ha attualmente in Italia per il morbillo.

### Discussione

Dai risultati dell'indagine emerge che tutti i pediatri e la quasi totalità dei medici vaccinatori è favorevole alla vaccinazione antimorbillosa. I pochi medici che non ritengono opportuno vaccinare contro il morbillo rappresentano una piccola quota che probabilmente non sarà ulteriormente ridotta, se non con notevoli sforzi economici e culturali a discapito di iniziative più mirate al raggiungimento di una alta copertura vaccinale. Nonostante questo atteggiamento favorevole verso una politica vaccinale contro il morbillo, emerge tuttavia una forte carenza informativa sull'e-

pidemiologia della malattia e sulle strategie vaccinali da adottare in caso di outbreak.

Il non insistere a vaccinare a tutte le età, ma concentrare l'attenzione solo sui bambini più piccoli, determina l'accumulo di soggetti suscettibili in età scolare e adolescenziale che possono alimentare successive epidemie di morbillo, nonostante esista l'impressione soggettiva da parte degli operatori sanitari di attuare la vaccinazione.

La protezione di una popolazione nei confronti di una malattia altamente contagiosa, come il morbillo, può essere infatti garantita solo da una copertura vaccinale complessiva molto alta, superiore al 95%.<sup>8</sup> L'esperienza dei paesi che hanno iniziato da molto tempo campagne di vaccinazione attiva, ci mostra che per il raggiungimento di così alti livelli di copertura vaccinale è indispensabile il richiamo.<sup>9,10</sup> Un programma con due somministrazioni di vaccino combinato MRP sembra essere allo stato attuale la migliore strategia per l'eradicazione del morbillo.<sup>11-14</sup>

In questi ultimi anni, in ambito internazionale, la discussione sulle strategie della vaccinazione antimorbillosa si è concentrata soprattutto sulle misure da adottare, in caso di outbreak, nelle popolazioni che hanno raggiunto un buon livello di copertura vaccinale.<sup>15-17</sup> Gli outbreak, infatti, rimangono un

Tabella. Misure di prevenzione da adottare nei bambini esposti al rischio di contagio durante un outbreak di morbillo

	Pediatri (N. = 73)	Medici vaccinatori (N. = 39)	Totale (N. = 112)
<b>bambini &lt; 9 mesi</b>			
Vaccino	8 (11%)	1 (3%)	9 (8%)
Non vaccino	47 (64%)	16 (41%)	63 (56%)
Somm. immunoglobuline	6 (9%)	8 (39%)	14 (13%)
Non so	12 (16%)	14 (36%)	26 (23%)
<b>bambini 9 e 15 mesi</b>			
Vaccino	43 (59%)	11 (28%)	54 (48%)
Non vaccino	18 (25%)	7 (18%)	25 (22%)
Somm. immunoglobuline	3 (4%)	6 (15%)	9 (8%)
Non so	9 (12%)	15 (39%)	24 (22%)
<b>bambini età &gt; 15 mesi</b>			
Vaccino	6 (8%)	3 (8%)	9 (8%)
Non vaccino	65 (89%)	29 (74%)	94 (84%)
Somm. immunoglobuline	-	1 (3%)	1 (1%)
Non so	2 (3%)	6 (15%)	8 (7%)

grosso problema da risolvere in quanto possono generare sfiducia nei programmi di vaccinazione e assorbono per il loro controllo, fattibile solo in zone dove la malattia non è più endemica, grandi risorse economico-sanitarie a discapito dei programmi routinari di vaccinazione.

Per la realtà italiana non esistono attualmente indicazioni di comportamento per il controllo aggressivo di un outbreak. Linee guida sono state recentemente proposte per gli USA;<sup>18</sup> queste comprendono:

- la vaccinazione, con vaccino monovalente, dei bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 mesi e rivaccinazione a 15 mesi con vaccino trivalente MRP;

- la vaccinazione, con vaccino MRP, di tutti i bambini di età superiore a un anno.

Durante un outbreak, in ogni caso, priorità assoluta va data ai bambini più piccoli, in quanto quelli a maggior rischio di complicanze.

Le risposte fornite dai medici consultati nell'indagine sulle misure da adottare in caso di outbreak nei bambini esposti al rischio di contagio, mostrano, al di là di una forte incertezza sul "che fare", una generale tendenza a non intervenire nei bambini di età inferiore a quella normalmente consigliata per la vaccinazione.

Inoltre, non viene in genere presa in considerazione la possibilità di vaccinare anche gli adulti; la non rivaccinazione di questi durante un outbreak è responsabile del sensibile aumento dei casi di morbillo in età adulta, riscontrato recentemente anche nella nostra realtà.<sup>19</sup>

Per un qualsiasi tipo di intervento durante una epidemia, si pone comunque il problema dell'identificazione dei soggetti da vaccinare, visto che molti medici non conservano una copia della scheda vaccinale; solo questa infatti permette di avere una visione chiara della copertura vaccinale raggiunta, la cui conoscenza è indispensabile per poter instaurare le misure di intervento necessarie.

Inoltre, alla base di qualsiasi strategia vi è la necessità di una forte collaborazione tra i vari operatori sanitari responsabili delle vaccinazioni.

Da questa indagine emerge una scarsa cooperazione: i pediatri non sempre denunciano i casi di morbillo all'autorità sanitaria, e d'altro canto, i medici dei servizi vaccinali non sempre ritengono opportuno avvertire i pediatri quando intendono intervenire durante un outbreak.

Ciò fa emergere la mancanza di coordinamento tra i vari servizi preposti alla vaccinazione, che rappresenta forse il punto più esplicativo dell'attuale situazione nazionale per quanto concerne le vaccinazioni.<sup>20</sup>

Un maggiore coordinamento e una riorganizzazione delle diverse strutture sanitarie e delle competenze degli operatori sono indispensabili anche per l'eventuale introduzione dell'obbligo vaccinale, la cui assenza viene considerata dalla maggioranza dei medici consultati la causa principale della bassa copertura vaccinale contro il morbillo che si ha attualmente in Italia.

#### Bibliografia

1. World Health Organization. Expanded program on immunization-accelerated measles strategies. *Wkly Epidemiol Rec* 1994;69:229-34
2. Roue C. The regional vaccination program in Europe (1991-1993). *Santé* 1994;4:145-50
3. World Health Organization. Childhood vaccination coverage in Italy: results of a seven-region survey. The Italian Vaccine Coverage Survey Working Group. *Bull World Health Organ* 1994;72:885-95
4. Addis A., Bonati M., Miglio D., Colombo F., Fellin G., Marchetti F., Pasinelli F., Assael BM. Le vaccinazioni facoltative in età pediatrica. Studio epidemiologico osservazionale nella medicina di base. *Medico e Bambino* 1993;6:404-10
5. Grandolfo ME. Il programma di eliminazione del morbillo dall'Italia. Un esempio paradigmatico dell'efficacia della prevenzione vaccinale. In: *Le vaccinazioni in Pediatria* a cura di Vierrucci A., Azzari C., Resti M., Rossi ME., CSH Milano, 37-42, 1991
6. Katz S. L., Gellin B.G. Measles vaccine: do we need new vaccines or new programs? *Science* 1994;265:1391-2
7. de Quadros CA., Olivé JM., Hersh BS., Strassburg MA., Henderson DA., et al. Measles elimination in the Americas. Evolving Strategies. *JAMA* 1996;275:224-9
8. Clements CJ., Strassburg M., Cutts FT., Torel C. The epidemiology of measles. *World Health Stat Q* 1992;45:285-91
9. The National Vaccine Advisory Committee. The measles epidemic. The problems, barriers, and recommendations. *JAMA* 1992;266:1547-52
10. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Measles: reassessment of the current immunization policy. *Pediatrics* 1989;84:1110-13
11. Tulchinsky TH., Ginsberg GM., Abed Y., Angeles MT., Akukwe C., Bonn J. Measles control in developing and developed countries: The case for a two-dose policy. *Bull World Health Organ* 1993;71:93-103
12. Williams BG., Cutts FT., Dye C. Measles vaccination policy. *Epidemiology and Infection* 1995;115:603-21
13. Evans MR. Children who miss immunisation: implications for eliminating measles. *BMJ* 1995;310:1367-68
14. Bottiger M. Boosting effect of a second dose of measles vaccine given to 12 year old children. *Scand J Infect Dis* 1993;25:239-43
15. Atkinson WL., Orenstein WA., Krugman S. The resurgence of measles in the United States, 1989-90. *Annu Rev Med* 1992;43:451-63
16. Poland GA., Jacobson RM. Failure to reach the goal of measles elimination. Apparent paradox of measles infection in immunized persons. *Arch Intern Med* 1994;154:1815-20
17. Carson MM., Spady DW., Albrecht P., Beeler JA., et al. Measles vaccination of infants in a well-vaccinated population. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:17-22
18. American Academy of Pediatrics. Peter G. ed. 1994 Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases. 23rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1994
19. Guidi A., Mattei F., Gentili G., et al. Outbreak of measles among adults in the Marche region. *Igiene Moderna* 1994;72, 885-95
20. Bonati M., Greco D. (a cura di): "Conferenza Nazionale di Consenso". *Medico e Bambino* 1996;3:168-72





# Diagnosi di celiachia atipica

M. Narducci\*, M.P. Battilana\*, M.L. Offredi\*\*, L. Castelli\*\*\*

\*Pediatria di base Provincia di Milano

\*\*Pediatria di base Provincia di Varese

\*\*\*Pediatria Ospedaliero, "Ospedale Predabissi", Melegnano (Milano)

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 11-12

*Questa ricerca è stata presentata come poster al congresso nazionale ACP 1997.*

*Per accordi fra la commissione di selezione e gli AA viene pubblicato anche il commento di un revisore.*

*Nei prossimi numeri di Quaderni ACP saranno pubblicate le altre ricerche presentate al congresso di Verona.*

## Premessa

Oggi sono sempre più frequenti, oltre alla forma "classica" della Celiachia, forme silenti, atipiche, latenti e associate. Recenti studi epidemiologici indicano una reale "emergenza Celiachia" con circa 1:200 casi attesi. Tra i markers clinici a disposizione del pediatra di famiglia viene indicata anche la displasia dello smalto dentario, manifestazione glutine-dipendente probabilmente a patogenesi autoimmune.

## Obiettivi

- identificazione dei casi di Celiachia atipica attraverso il rilievo di difetti dello smalto dentario in bambini di età compresa tra gli 8 e i 14 anni;
- valutazione della correlazione tra i difetti dello smalto dentario e malattia Celiaca;
- obiettivo indiretto: incremento della vigilanza sulla Celiachia.

## Materiali e metodi

Partecipanti: 49 pediatri di base delle province di Milano, Bergamo, Como, Varese e Novara\*. Addestramento al riconoscimento delle lesioni dello smalto dentario secondo la classificazione di AINE a cura della Prof.ssa A. M. Giunta e della Dott.ssa L. Prampolini (Clinica Pediatrica II° Università degli Studi di Milano).

TAB. I: CLASSIFICAZIONE DI AINE

**Grado 0:** nessun difetto

**Grado 1:** difetti nel colore dello smalto (opacità gialle o marroni con margini definiti o difusi)

**Grado 2:** difetti strutturali modesti (superficie ruvida dello smalto, solchi orizzontali, opacità e perdita di colore)

**Grado 3:** difetti strutturali evidenti (solchi più profondi, presenza anche di punte verticali)

**Grado 4:** difetti strutturali importanti (cambia la forma del dente con danni gravissimi alla sua struttura)

Sono state considerate significative le lesioni a carico dei denti permanenti, a partire dal secondo grado, simmetriche, bilaterali, cronologicamente compatibili, rilevate in bambini di età compresa tra 8 e 14 anni nel corso di visita ambulatoriale spontanea. Durata dello studio: 1 anno. I bambini con lesioni significative venivano sottoposti a dosaggio ematico di AGA ed EMA. Se positivi seguiva controllo odontoiatrico e biopsia intestinale.

## Risultati

Pediatri aderenti allo studio	49
Bambini totali iscritti (0-14 anni)	34.401
Celiaci già diagnosticati	30 ( 0,087%)
Bambini inseriti nello studio (8-14 anni)	9.878
Bambini osservati	7037 (71,23%)
Alterazioni dello smalto (dal II grado)	39 (0,554%)
dei quali:	
AGA + EMA negativo	29
AGA negativo	5
Esami rifiutati	5

## Conclusioni

Nella popolazione studiata non è stata evidenziata una prevalenza significativa dei difetti dello smalto dentario né una correlazione con celiachia; i nostri risultati evidenzerebbero scarsa sensibilità e specificità di questo marker clinico nella diagnosi di celiachia, avendo indicato solamente falsi positivi.

La prevalenza di celiachia nei nostri pazienti è risultata dello 0,087% indice molto inferiore rispetto ai casi attesi che conferma la necessità di sospettare più frequentemente la malattia; Questa ricerca ci ha permesso di costruire un efficiente modello di collaborazione tra Centro Universitario, Ospedale e Territorio. Va positivamente sottolineata la buona affluenza spontanea dei pazienti di età 8-14 anni nei nostri ambulatori, fascia notoriamente a bassa morbilità.

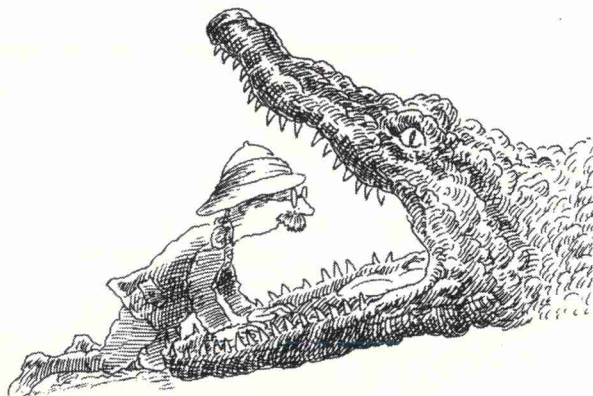
### \*Pediatri partecipanti

A. Aghemio, F. Arneri, A. Balzarini, R. Barbatti, P. Bardelli, M.P. Battilana, M.G. Boga, M.P. Buschini, L. Case, E. Casiraghi, G. Caso, A. Cattaneo, M.E. Cettuzzi, M. Clerici Shoeller, G. Cornara, M.P. Corti, L. Crespi, M. Dana, M. De Angelis, M. Di Leo, G. Doro, D. Elli, D. Frascini, D. Genoni, C. Gussoni, M.L. Lassinì, P. Lecardi, F. Maltagliati, E. Marciantè, B. Marengoni, A.M. Marola, L. Mauri, L. Medda, R. Moretto, M. Narducci, M.L. Offredi, A. Ottolini, A. Petraglia, M. Picca, D. Primi, L. Restelli, R. Rimoldi, G. Rossi, M. Tarlarico, L. Siccardo, M.C. Tisher, L. Ulla, M. Volpi, F. Zanetto.

### Bibliografia

- A.M. Giunta, Aspetti clinici rari della celiachia. *Corso di aggiornamento in gastroenterologia pediatrica medica e chirurgica* 113-117, 1993  
 C. Catassi, La prevalenza della celiachia nella popolazione generale. *Medico e bambino* 1996;2:24-25  
 L. Greco, F. Di Donato, N. Ansaldo et al., Incidence of coeliac disease. An example from the Italian cohort. in S. Auricchio and J.K. Visakorpi (eds), Common food intolerances. *Epidemiology of coeliac disease, Dyn. Nutre. Es. Basel, Karger* 1992;2:45-46  
 L. Aine, M. Maki, P. Collin, O. Keirillainen, Dental enamel defects in coeliac disease. *J. Oral Pathol. Med.* 1990;19:241-245  
 A. Ventura, S. Martelossi, T. Not, Il Big Bang della celiachia. *Medico e bambino* 1996;2:17-23

*Questa Ricerca è stata promossa dall'ACPM in collaborazione con la Clinica Pediatrica II dell'Università di Milano (Prof.ssa A.M. Giunta e Dott.ssa L. Prampolini) e l'Associazione Italiana Celiachia sezione di Milano*



## Commento

*I colleghi della Lombardia, prendendo spunto dall'elevata prevalenza della malattia celiaca (M.C.) nel nostro paese, (1/184 secondo una recente ricerca multi-centrica della Società Italiana di Gastroenterologia ed epatologia pediatrica), hanno studiato l'alterazione dello smalto dentario per svelare casi di celiachia pauci-sintomatica, silente o atipica.*

*Secondo la letteratura italiana sull'argomento (per altro molto scarsa) i casi di celiachia svelabili con l'osservazione delle alterazioni dello smalto dentario, varia tra l'1,1% del già citato studio SIGEP ai 4 casi su circa 7.000 ragazzi della scuola media della ricerca di Ventura e coll. Nello studio dei colleghi lombardi su 7037 ragazzi tra gli 8 e i 14 anni non è stato trovato nessun soggetto celiaco, anche se 39 soggetti presentavano alterazioni dello smalto dentario inquadabili nella classificazione che di queste ha fatto Liisa Aine, ricercatrice finlandese che per prima ha dimostrato che le alterazioni dello smalto dentario sono un altro segno atipico di M.C. Va notato che dei 9878 bambini inclusi nello studio ne sono sfuggiti all'osservazione circa il 30%; questo non sarebbe molto importante se si conoscesse almeno l'età media di questa parte del campione. Infatti maggiore è l'età dei soggetti esaminati e più agevolmente è possibile svelare alterazioni dello smalto dentario con la sola ispezione dei denti. Secondo l'Aine, nel 96% di 76 dei soggetti celiaci diagnosticati mediante biopsia intestinale, la dentizione permanente presenta alterazioni dello smalto dentario. Non sappiamo quanti dei bambini persi all'osservazione nello studio di Narducci e collaboratori avesse una dentizione permanente per cui anche questo potrebbe avere in parte falsato il numero di soggetti che potrebbe aver presentato alterazione dello smalto da M.C. Non viene, inoltre, riferito nei "materiali e metodi" in che modo sono stati trattati i denti prima dell'osservazione e, cioè, se sono stati lavati, asciugati e quindi osservati con luce adeguata come prescrive l'Aine; sono queste condizioni indispensabili per visualizzare alterazioni di colore o ipoplasie dello smalto. In conclusione, lo studio non conferma i precedenti ma non numerosi dati della letteratura italiana sull'argomento. Il gran numero degli osservatori, il non aver adottato, forse, alcune misure prima dell'osservazione dei denti, l'aver perso circa il 30% dei soggetti esaminabili senza sapere se la parte persa aveva età e dentizione mediamente uguale a quella del campione esaminato, potrebbero in parte essere la causa di un risultato differente da quello atteso.*

*La ricerca, anche se con non pochi difetti metodologici, risulta un contributo alla sensibilizzazione dei pediatri di famiglia all'esame dei denti quale spia di M.C. silente o pauci sintomatica oltre che al sospetto diagnostico della M.C. che sembra essere sottostimata in Lombardia (30 bb su 34.401 rappresentano lo 0,087%, contro l'atteso 0,5%!). Studi collaborativi in pediatria ambulatoriale, come questo, testimoniano le capacità organizzative e di collegamento sul territorio dei pediatri di famiglia; dimostrano, infine - ed era uno degli obbiettivi dichiarati dagli autori - che l'interscambio pediatria di base-ospedale può e deve avvenire anche attraverso la ricerca.*

# Lettera aperta a Gad Lerner

Salvo Fedele

pediatra di libera scelta, AUSL 6 Palermo

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 13

*Bibliografia minima  
sulla stupidità:*

*Le persone non stupide  
sottovalutano il potenziale  
nocivo delle persone stupide.  
I non stupidi dimenticano  
che in qualsiasi momento  
e luogo, e in qualunque  
circostanza, trattare o associarsi  
con individui stupidi  
si dimostra infallibilmente  
un costosissimo errore.*

Carlo M. Cipolla

Gentilissimo dottor Gad Lerner  
Vedo con piacere i suoi programmi, tra i pochi che non assolvono l'utilizzo primario che io faccio della televisione: curare l'insonnia. Normalmente nella vita di tutti i giorni, quando sento delle affermazioni stupide, mi arrabbio, quando le sento in televisione, mi addormento. Dal momento che il tasso di stupidità televisiva è fortunatamente alto io posso ancora dormire sonni tranquilli. In uno dei suoi ultimi *Pinocchio* si è occupato del sistema sanità, se ne è occupato, come di consueto, con intelligenza e attenzione. Eppure per la prima volta, durante un suo programma, ho rischiato di addormentarmi; è successo quando il suo *grillo parlante*, il giovane giornalista de "Il Giornale", ha realizzato il suo servizio sui medici di medicina generale. Se non ho dormito è per via della tensione con cui Lei si è affannato a cercare in platea un medico di medicina generale per dargli il diritto di replica. È evidente, quindi, che per Lei la soluzione non è l'olocausto dei medici di medicina generale. È evidente che, anche per Lei, non solo tra gli avvocati, i magistrati, gli imprenditori, i primari, gli universitari, i giornalisti, gli albanesi, gli operai e gli ebrei, ma anche tra i medici di medicina generale esistono delle persone oneste e competenti e con diritto di replica. Di questo debbo ringraziarla a nome del dottor Dessi, medico di medicina generale, mio amico e direttore responsabile di questa rivista che invece non riesce a guardare la TV, mai (perché dovrebbe? Non soffre di insonnia). Sia detto, per non incorrere in fraintendimenti, il degrado della medicina generale è grande e nessuno può negarlo. È grande soprattutto il degrado in cui si vuol cacciare la medicina generale (non le dovrebbe essere sfuggito, come collaboratore di Linea D'Ombra, il memorabile pezzo che sull'argomento ha scritto qualche tempo fa Giorgio Bert), per questo l'informazione, per ritenersi tale, qualche passetto in più dei luoghi comuni potrebbe e dovrebbe farlo. Questa è la funzione dei programmi che Lei generalmente conduce. Vorrei aiutarla, se me lo consente, a guardare un po' più avanti dei luoghi comuni. Se il degrado della medicina generale è grande, qualche colpa in più di quella che vuole (semplicemente) i medici di medicina generale dei fannulloni incompetenti, da qualche parte deve pur esserci. Da tempo in Italia nessuno intende più *investire* sulla medicina generale, non parliamo poi della medicina di comunità che è una realtà pressoché ignorata anche dagli esperti. Eppure tutti gli studi dimostrano che soltanto una valorizzazione della medicina generale e della medicina di comunità può consentire alla sanità quel salto qualitativo che tutti (a parole) auspicano. Lo han fatto tutti nei paesi civili, anche Margaret Thatcher. Conosco bene il suo pensiero sulla necessità di integrare pubblico e privato in un

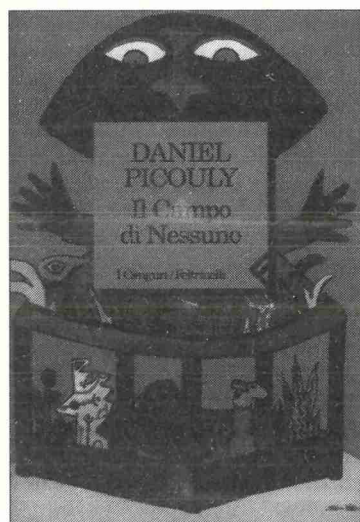
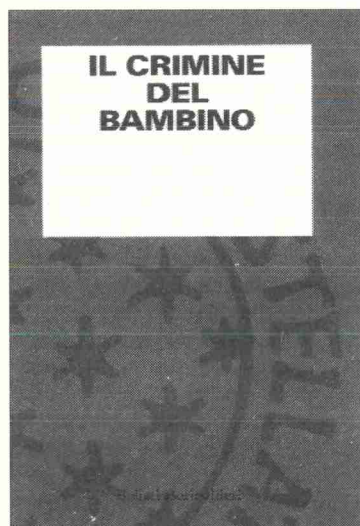
sistema sanitario moderno. Lo conosco, più che dalla televisione, dai suoi scritti, in particolare uno che ho caldamente consigliato a tutti i miei amici, in quella bella raccolta che è *Si può* di Clara Sereni. Ma questo, che è il tema preferito dai media, non è il problema principale della sanità. Vorrei farla riflettere su un punto: la disuguaglianza del sistema assistenziale italiano ha prodotto dei guasti tali che la mortalità infantile dei figli di laureati del Sud è vicina a quella dei figli delle madri non scolarizzate del Nord (è un'osservazione questa della sociologa Paola Di Nicola al recente congresso di Palermo sul "bambino a rischio sociale"). Quando un problema assume dimensioni tali da intaccare indicatori forti (come quelli di mortalità) è impensabile cercare soluzioni semplicistiche. Questa disuguaglianza del sistema assistenziale italiano nasce (anche) dai meccanismi con cui il personale è stato reclutato nel sistema pubblico. Paradossalmente il personale più motivato a difendere la funzione pubblica del SSN lo troverà (al Sud in particolare) tra i medici di medicina generale, costretti a combattere nelle forme più fantasiose il loro anacronistico isolamento. Non si meravigli di trovarlo addirittura tra medici che possono operare esclusivamente in strutture private che non han potuto vincere un concorso pubblico da Terni in giù. Il discorso è complesso e si intreccia con l'affaire Italia. Mi spiace doverle ricordare che le "categorie" sono fatte di uomini e donne le cui storie personali vanno rispettate. È bieco corporativismo chiedere questo rispetto? Ma non è solo per questo che è importante che l'informazione non continui con campagne che istigano alla criminalizzazione di massa. Sono sicuro che non le verrà difficile capire che questo genere di "informazione" ha come effetto esclusivamente quello di aumentare le disuguaglianze nell'assistenza, un risultato che sicuramente è estraneo alla sua cultura ma che già è nei fatti: ha idea di quanta volgarità e maleducazione induce nella vita quotidiana un servizio come quello del suo giornalista? Se vorrà fare un nuovo *Pinocchio* sulla sanità dia un'occhiata alla nostra rivista e soprattutto non dimentichi di leggere un libro che le sarà molto utile: Michel Crozier - *La crisi dell'intelligenza, saggio sull'incapacità delle élite a riformarsi* - edizioni lavoro, Roma 1996.

Dopo questa salutare lettura sono sicuro che converrà con me che, non solo, sono inutili le "soluzioni finali", ma anche le soluzioni semplicistiche e soprattutto che anche la cattiva informazione, come la cattiva giustizia e la cattiva medicina generale produce in sistemi complessi, come la sanità, danni irreparabili.

Le responsabilità, come sempre, sono personali, nel senso più proprio del termine: e alla malasanzità il suo grillo ha dato un contributo personale.

## Le recensioni del mese

a cura di Nicola D'Andrea



**N**on mancano le occasioni, di cronaca o di episodi vissuti, per far tornare sempre la domanda sulla delinquenza minorile: è soltanto l'ambiente in cui si nasce e si cresce a creare e modellare il ragazzo delinquente, oppure c'è nel bambino un appiglio che consentirà al "male" di fare presa, qualcosa di oscuro e profondo che, in assenza di opportuni correttivi, tenderà ad emergere inesorabilmente?

E poi: le teorie psicoanalitiche dello sviluppo hanno ancora un potere esplicativo sufficiente di fronte alle trasformazioni culturali e sociali di cui siamo testimoni e ai fenomeni che vediamo crescere attorno a noi?

Per restare all'interno del nostro tema, le violenze dei bambini sui bambini, il bullismo a scuola, la violenza gratuita tra giovanissimi, i crimini di grande efferatezza commessi dai minori. Di questo tratta il piccolo volume, in cui vengono presentati scritti di Melanie Klein, Redl e Wiseman; manca Winnicott (di cui si parla nella prefazione) che dedicò molta attenzione al problema del bambino delinquente, occupandosi in prima persona degli sfollati e degli sradicati (con i disagi connessi) del dopoguerra.

Sono riportate riflessioni di trent'anni fa, che ben spiegano fenomeni oggi sempre più emergenti; a pagina ventinove pare di leggere in merito al bullismo, termine coniato soltanto negli ultimissimi tempi.

N. D.

AA. VV., *Il crimine del bambino*; Bollati Boringhieri 1996, pg. 136, Lit. 18.000

**C**on *Il campo di nessuno* Daniel Picouly ci immerge a Villemomble, periferia parigina, alla fine degli anni cinquanta. C'è il referendum costituzionale voluto da De Gaulle per sancire la svolta presidenzialista della Francia, la memoria ancora viva dell'occupazione e della Resistenza, l'attualità del conflitto algerino che nei comunicati ufficiali non ha ancora assunto i connotati di guerra. Ma ci sono soprattutto i dieci anni del piccolo protagonista ("... un'età universale. È l'età della grazia. L'ultimo momento prima di vedere i fili attaccati alle marionette. A dieci anni si è al colmo della nostra arte") e la sua costante, ossessiva e irresistibile ricerca di capire e catturare il mondo circostante, a cominciare dalle parole, "che sono un po' come delle millefoglie: non bisogna accontentarsi dello zucchero a velo". Con dieci fratelli davanti e due dietro, l'autobiografico protagonista abita in una famiglia che è già una popolazione, un nucleo autonomo di civiltà, padre nero della Martinica e madre bianca; famiglia dove si dorme due, tre in un letto, e tutto è messo in comune, dai ricordi ancora freschi della guerra ai baci della mamma prima di filare a scuola, scarpe slacciate, ritardi cronici, punizioni e le astuzie per evitarle. Avrebbe potuto essere un libro di memoria, ma il coinvolgente autore ne ha fatto il racconto scritto da un bambino senza nostalgia; mano mano che si procede si intravede il bambino che è lì a scrivere, che suoi sono la parola e l'occhio e i gesti, che ci accorgiamo di aver avuto in comune... È un sogno proletario, fresco e corposo. C'è un futuro in fabbrica o nel matrimonio, ci sono le corse o gli incontri di boxe; per scoprire il mondo ci sono le pattumiere del quartiere, quella del farmacista, del maestro piene di riviste illustrate da recuperare. E i pacchi di lettere d'amore che può capitare di raccogliere nella vicina discarica, "la cosa più importante è metterle in ordine cronologico: allora diventano come una storia". Leggerlo è come ritrovare la parte più importante di se.

N. D.

Daniel Picouly, *Il campo di nessuno*; Feltrinelli 1996, pg. 270, Lit. 28.000

È “una storia di cui forse un giorno, tutti assieme conosceremo la fine. Ogni anno esce questo o quel libro che afferma che il mistero è stato finalmente risolto. Possiamo scommettere cento contro uno che questa storia continuerà a intrigare non poche persone” così Benjamin sul libro di A. von Feuerbach *Kaspar Hauser*. Uscito nel 1832, narra la vicenda di Kaspar fino all’anno che precede la sua morte, avvenuta nel 1832. Inizia così: “Il lunedì di Pentecoste è una delle ricorrenze più care agli abitanti di Norimberga, che per l’occasione sciamano numerosi in campagna... La città, già di per sé molto estesa rispetto alla scarsa popolazione, diventa allora soprattutto con il bel tempo, così silenziosa e deserta da sembrare qualche luogo incantato del Sahara... In quei momenti possono verificarsi fatti arcani che tali restano anche se accaduti sotto gli occhi di tutti”. E proprio in quel giorno, nel 1828, avanza barcollando per le strade un adolescente. Non sa da dove viene, non sa dove andare. Ha con sé due lettere, una in caratteri gotici e una in caratteri latini, ma scritte con lo stesso inchiostro, in cui si invita il capitano di cavalleria a farsi carico di lui, perché diventi un cavalleggero come suo padre. È vestito di stracci, che ancor più gli danno l’aria misteriosa. Sembrano vestiti cittadini adattati alle sue membra. Le mani e i piedi non hanno callosità, ha nelle tasche qualche immaginetta religiosa. Il giovane non parla, ma, messo di fronte a un foglio, scrive in caratteri nitidi il nome Kaspar Hauser. Non sopporta altro cibo, se non pane e acqua, non distingue l’animato dall’inanimato, ha una sensibilità spiccatissima agli odori, vede di notte. Via via che viene accudito impara a parlare, e racconta di essere stato allevato in una cantina buia; non ha mai visto chi gli portava il cibo perché stava sempre alle sue spalle. C’è chi pensa a un impostore e chi pensa, anche per i segni della vaccinazione che allora era praticata solo alle famiglie agiate, a una nobile origine... venne poi ucciso nel 1832. Ma la storia di Kaspar Hauser continua come le leggende. Alcuni hanno intravisto una storia di bambino maltrattato. L’ex direttore degli archivi di Freud, Jeffrey Masson, scrive: “Forse il fascino subito dal mondo europeo del diciannovesimo secolo per la vicenda di Kasper Hauser rappresenta in modo occulto una presa di coscienza della realtà delle violenze sui bambini”.

N. D.

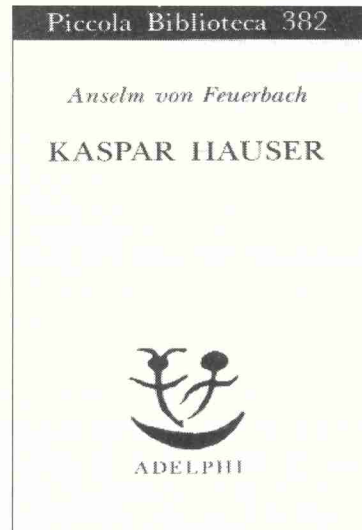
**Anselm von Feuerbach**, *Kaspar Hauser*; Adelphi 1996, pg. 215, Lit. 20.000

“...ci sono persone rotonde, ci sono bambini a forma di triangolo e ci sono... bambini a zigzag”. Così vede il mondo il piccolo Nono, che tra apparizioni, inganni e ritrovamenti racconta la sua incredibile avventura. Sta per compiere tredici anni e per l’occasione gli viene offerto dal suo papà e dalla amica del papà-mamma un viaggio in treno per recarsi ad Haifa da un vecchio zio, pedagogista un po’ ossessivo. Ma Nono non arriverà mai a destinazione. Perché appena iniziato, il viaggio si trasforma in una fantastica avventura al fianco di Felix, un ladro internazionale che lo rapisce e a bordo di una favolosa Bugatti, lo porta a conoscere Lola, la prima attrice del Teatro Nazionale. Il ragazzo capirà presto di non essere vittima di un rapimento e il viaggio si trasformerà in un itinerario meraviglioso, alla scoperta di se stesso.

Racconto rilassante e nello stesso tempo accattivante per la maestria dell’autore, che nel 1988 ebbe uno strepitoso successo con il suo libro *Vedi alla voce: amore*.

N. D.

**David Grossman**, *Ci sono bambini a zigzag*; Mondadori 1996, pg. 331, Lit. 33.000



## Storie inventate da bambini con diabete, durante un campo-scuola

# C'era una volta...

a cura di Giancarlo Cerasoli e Rosella Brunelli

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

*L'invenzione di storie di animali, da parte di bambini affetti da malattie croniche, può costituire insieme un'attività ludica e un modo offerto ad essi per comunicare emozioni ed esprimere sentimenti e vissuti. La lettura di queste storie, e la riflessione sui temi trattati, offre ai curanti un'occasione per migliorare la comprensione, l'empatia, il contenimento e la rassicurazione dei bambini.*

*Gli elementi proiettivi presenti in questa forma espressiva possono consentire di indagare sui contenuti e sulle fantasie dei bambini, di entrare nel loro mondo simbolico e trarre informazioni utili sul vissuto di malattia, sull'adattamento alla realtà e sulle speranze per il futuro. La finalità che muove i curanti è quella di affinare l'attenzione e l'impegno per un intervento di sostegno e di contenimento dei bambini che sono in maggiori difficoltà nella metabolizzazione dell'evento diabete, per favorire il superamento di paure, di ansie depressive di diversità ed inferiorità, e per favorire l'acquisizione di una migliore immagine di sé e di un soddisfacente riadattamento.*

### Una formica

*Bambino di undici anni*

Un giorno, in pieno inverno, una formica stava tornando al formicaio quando, dopo essere entrata, cascò sul sofà e si addormentò. Le sue compagne subito andarono a chiamare i suoi genitori, che, in fretta e furia, la caricarono su una foglia e via di corsa all'ospedale più vicino dove l'aspettavano al pronto soccorso il dott. Formica grande e Formica piccola. Subito fu visitata e portata in camera, reparto pediatria, e, dopo vari esami, si arrivò alla conclusione: la formica aveva il diabete. In quello stesso momento iniziò la cura che prevedeva tre iniezioni giornaliere. La formica ripresasi dallo shock dopo 3-4 giorni, venne a sapere del fatto e accettò volentieri e tranquillamente la sventura. Passati altri venti giorni ritornò al formicaio dove l'accosero con festeggiamenti. Ogni giorno che passava riusciva a capire che era sempre più uguale agli altri e che il problema occupava ben poco tempo.

### L'aquila reale

*Bambino di dieci anni*

C'era una volta un'aquila reale che viveva la vita in baldoria, viziata da tutti. Alcune volte lasciava la sua casa per andare a feste che venivano preparate in modo perfetto da tutti fuorché da lei. Però alle feste lei si abbuffava di dolci e, se le venivano negati, lei tornava a casa dispiaciuta. Un giorno successe che l'aquila, mentre stava volando, svenne. I genitori, preoccupati di non vederla ritornare, pensando che la loro figlia fosse stata rapita, telefonarono alla polizia e denunciarono il ritardo. I genitori allora

iniziarono a cercare la loro figlia e la trovarono svenuta per terra. Poi la portarono all'ospedale e il dottore la ricoverò e scoprì che essa aveva il diabete. Così l'aquila, potendo curare il diabete visse una vita migliore.

### La storia di una tigre

*Bambino di undici anni*

C'era una volta una tigre che viveva con mamma, papà e una sorella. Quando ebbe l'età di un anno le venne il diabete. Arrivata all'età di sei anni andò a scuola e conobbe le maestre e i compagni. Finita la scuola andò via al campo-scuola con il dottor Cerasoli che era un Orso. Lì imparò a farsi le punture da sola e il Destrostix. Per farsi il Destrostix si pungeva con una spina di rosa e il sangue lo metteva in un foglio e poi lei, dopo due minuti, sapeva che valore aveva. Per farsi l'insulina usava un certo succo che lo beveva e lo prelevava, da una pianta. Dopo aversi fatto l'insulina, andava con una sua amica a prendere le prede e poi a mangiarcele. Al pomeriggio andavano al mare.

### Il toro

*Bambino di dieci anni*

C'era una volta un toro che viveva molto bene, andava a scuola, aveva gli amici. Un giorno, mentre passeggiava, si sentì male e cadde a terra. Suo zio lo portò all'ospedale e incontrò il dottore Orso che gli disse: "ha il diabete". Così, dopo un po' di cure in ospedale, tornò a casa e continuò la sua cura. Però la vita rimase sempre uguale.



## Un gatto

*Bambino di 8 anni*

Un gatto aveva una padrona e girava sempre attorno a lei. Lei lo sgridava sempre e allora il gatto se andò via. La padrona era tutta disperata. Dopo, il povero gatto si forò nelle mani, allora il gatto dottore e la dottoressa gli fecero il destro-stix ed era 57. "Portate subito un succo di frutta" disse il dottore, "si! va bene".

Il gattino triste chiese alla dottoressa: "ma si deve morire?" lei rispose di no. Venne la padrona del micio, lo sgridò, lo picchiò in tutti i modi. Poi il gattino svenne e la padrona pianse e ripianse. "Povera me". La padrona venne messa nell'Istituto da un Orso. "Ma io adesso come faccio da solo?" "Non preoccuparti, vivrai con noi" "Yeah!" "Adesso, però, andiamo a dormire perché è buio!" Si sentivano tutti i secondi: Groo.

La mattina non mangiò nessuno. La gatta dottoressa lo chiamò - Violetta -. Il gattino rispose "Non mi piace il nome Violetta, mi piace - Mara -".

Allora ti chiamerai Mara. Adesso io e il dottore andiamo a lavorare.

Torneremo a mezzogiorno e dopo mangiato ritorneremo al lavoro, poi andremo a casa a cena e, dopo, andremo a letto.

## Il gatto Max con il diabete

*Bambino di 11 anni*

C'era una volta un gatto che, appena nato, siccome era andato a fare un controllo del sangue, scoprì che era diabetico. Così fece degli esami più approfonditi: aveva la glicemia a 600.

Il dottore gli prescrisse una cura giornaliera di quattro pasticche per volta: queste si chiamavano Diabete-pas.

Il dottore primario si chiamava Sloppy ed era un gufo molto saggio ma simpatico. La sua aiutante si chiamava Carol ed era una scimmia vanitosa appena uscita dalla scuola per infermiere.

Il gattino svolgeva ogni tre mesi i controlli ed andava sempre meglio. Le pasticche diminuivano di numero di volta in volta e il gattino stava sempre meglio.

Lui cresceva bello e forte con un pelo nero e lucente, si chiamava Max e si divertiva a

cacciare i topolini bianchi appena nati. Aveva una tecnica molto strana: appendeva i pezzi del formaggio sui rami del pioppo dove viveva e, appena un topolino si avvicinava, lui lo azzannava e, in seguito, lo metteva nel cimitero dei topi che aveva creato vicino alla sua tana. Max era molto goloso ed era piuttosto stufo del diabete. Il suo desiderio finalmente fu avverato perché in un controllo, scoprirono che Max era guarito.

## L'aquila

*Bambino di 11 anni*

C'era una volta un'aquila, di nome Fran, che aveva il diabete e, per mantenere la glicemia bassa, doveva mangiare dei semi magici. Nella foresta c'era un criceto prepotente che metteva paura a tutti e la notte entrava nel villaggio degli animali per rubare tutto. Perciò, ogni notte, gli uomini più valorosi dovevano fare a turno per proteggere il villaggio dal criceto e avvertire gli altri. Il re, che era un leone, impedì all'aquila di fare la guardia, ma Fran volle provare lo stesso. Durante la notte Fran andò in ipo e svenne. Così il criceto entrò senza fatica. Al mattino, quando tutto il villaggio si risvegliò, videro Fran svenuto e credettero che si era addormentato.

Videro anche che le loro provviste erano scomparse; allora il re cacciò Fran dal villaggio.

Fran pensò che per poter tornare al villaggio doveva compiere un'impresa coraggiosa. Volando nel cielo si accorse di un incendio, corse subito al villaggio ad avvertire gli altri ma loro lo derisero dicendo che era bugiardo. Fran, allora, chiese al falco di seguirlo, gli fece veder l'incendio e poi tornarono al villaggio. Tutti insieme spensero il fuoco e Fran sconfisse il criceto. Fran fu ammesso di nuovo nel villaggio e visse felice e contento.

## La storia di una piccola gatta

*Bambino di 12 anni*

Tanto tempo fa, una gattina viveva in una casa di campagna insieme a un fratello, una sorella e con mamma gatta. Avevano una buonissima padrona che gli voleva

molto bene e, a volte, parlava con loro di quello che era successo durante la giornata. Loro la capivano anche se lei non se lo immaginava.

Questa piccola gatta, essendo tutta colorata, venne chiamata "Matisse" come il pittore. La gattina era molto affezionata alla padroncina.

A Matisse piaceva ascoltarla quando lei si esercitava al pianoforte nella sua cameretta, e si divertiva molto perché era molto brava.

Un giorno di primavera Matisse si sentiva molto sola, anche perché non aveva nessuno con cui giocare e aveva litigato con una sua amica zanzara di nome Giò.

Una cagnolina, passeggiando per il bosco, la vide e fecero amicizia.

Purtroppo una sera Matisse non si sentì bene. La cagnolina chiamò la padroncina che portò la sua gattina dal veterinario il quale le disse che Matisse aveva il diabete. Matisse, all'inizio, non aveva molta fiducia in sé, ma con l'aiuto dei suoi amici più cari, ritrovò la fiducia in sé e imparò a farsi le punture da sola senza avere più paura e ricominciò a ballare come una volta.

## La piccola lumaca diabetica

*Bambino di 10 anni*

Un giorno, una piccola lumaca diabetica, era stanca di farsi le iniezioni perché era da cinque anni che ce l'aveva e non riusciva a continuare perché voleva guarire. Brontolava sempre.

Una sua amica le aveva detto: "cara amica lumaca anch'io ho il diabete e vorrei guarire ma è solo che purtroppo non posso più guarire".

L'altra lumaca, mentre parlava andò in ipo. La piccola lumaca, che era stanca, non sapeva cosa fare.

Così corse dal dottore e disse: "dottore la mia amica è andata in ipo e non so cosa devo fare". Allora corsero tutti e due verso la lumaca che era andata in ipo; così che la lumaca che era triste imparò cosa voleva dire...

Quando la sua amica lumaca andava in ipo, lei le faceva la puntura.

Prima di ritornare a letto bisticciarono e fecero a pugni.

# Lesioni bollose e vescicolari

**Fabio Arcangeli**

U. Operativa di Dermatologia "Ospedale Infermi" di Rimini

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 18-21

Presentiamo nelle pagine seguenti immagini di affezioni dermatologiche in cui la lesione elementare è la bolla o la vescicola. Come è noto la BOLLA è una lesione elementare caratterizzata da un sollevamento dell'epidermide conseguente alla formazione di una raccolta liquida, sierosa, sieropurulenta o emorragica. Quando le sue dimensioni sono inferiori a 5 mm si usa più comunemente la definizione di VESCICOLA.

La più comune classificazione delle dermatosi bollose acute o recidivanti è la seguente:

#### Traumatiche

- ustioni dermiche superficiali (2° grado)

#### Da contatto

- fitodermatiti tossiche e allergiche
- fitofotodermatiti
- dermatite da contatto allergico
- dermatiti da contatto con sostanze vescicanti

#### Infettive

- m. mani-piedi-bocca
- herpes simplex
- herpes zoster
- varicella
- piodermite bollosa
- staphylococcal skin scalded syndrome

#### Tossi-allergiche

- eritema fisso da medicinali bolloso
- eritema polimorfo (EP)
- sindrome di Stevens-Johnson (SJS)

Le dermatosi bollose croniche si classificano invece in:

#### Congenite

- epidermolisi bollosa
- ittiosi bollose
- incontinenza pigmenti

#### Acquisite

- pemfigo
- pemfigoide bolloso
- dermatite erpetiforme
- dermatite IgA lineari

*Fig. 1 Ustione dermica superficiale.* Bolle e vescicole di taglia variabile, tetto teso e contenuto sieroso, su cute diffusamente congesta.

*Fig. 2 Fitofotodermatite da contatto (sedano selvatico).* Bolle ed aree disepitelizzate in sede di contatto.

*Fig. 3 Dermatite da contatto allergico* insorta 24 ore dopo applicazione di un topico antinfiammatorio. Bolle e vescicole su cute diffusamente eritematosa.

*Fig. 4 Dermatite da insetti "vescicanti".* Bolle ampie con tetto teso e contenuto sieroso, la cute circostante è normale.

*Fig. 5 Malattia mani-piedi-bocca.* Vescicole con depressione centrale, contenuto torbido ed alone infiammatorio. L'aspetto è quello tipico delle vescicole "virali".

*Fig. 6 Malattia mani-piedi-bocca.* Lesione ulcero-erosiva con orletto periferico e fondo depresso. Le lesioni vescicolari delle mucose, indipendentemente dalla loro natura, evolvono rapidamente in senso ulcerativo assumendo un aspetto "aftosico" del tutto indifferenziabile.

*Fig. 7 Stomatite erpetica.* Coesistenza di lesioni vescicolari ed erosive della mucosa orale e di lesioni eritemato-crostose della regione periorale.

*Fig. 8 Herpes simplex recidivante.* Vescicole erpetiche confluenti, su cute eritematosa.

*Fig. 9 Eruzione erpetica (Eczema "erpeticato").* La prima infezione da HVS nel bambino con dermatite atopica può assumere evoluzione estensiva con espressioni emorragiche e necrotiche.

*Fig. 10 Herpes zoster.* Vescicole su cute eritematosa, raggruppate nella tipica figurazione erpetica e con distribuzione dermatomera. Il dolore è assente, come spesso accade in età pediatrica.

*Fig. 11 Varicella.* Tipiche vescicole "virali" isolate e in diversa fase evolutiva.

*Fig. 12 Varicella.* Lesioni bollose da confluenza.

*Fig. 13 Eritema polimorfo da Micoplasma Pneumoniae.* Mucosite orale e lesioni a coccarda "tipica" (due anelli concentrici attorno a un disco centrale, più rilevato, che può avere evoluzione bollosa) e "atipica" (un solo anello, eritematoso, e assenza del disco centrale) in sede palmare.

*Fig. 14 Eritema polimorfo.* Lesione a coccarda "tipica" dopo l'allontanamento del tetto della bolla centrale.

La presenza di coccarde "tipiche" si associa nella maggior parte dei casi ad eziologia infettiva (prevalentemente erpetica) ed è sufficiente, indipendentemente dalla gravità complessiva del quadro e dal numero di sedi mucose interessate, a porre diagnosi di eritema polimorfo.

*Fig. 15 Sindrome di Stevens-Johnson.* Mucosite orale e lesioni maculo-bollose confluenti. Non si osservano coccarde "tipiche".

*Fig. 16 Sindrome di Stevens-Johnson (stesso caso).* Lesioni maculate e maculo-bollose. L'assenza di lesioni a coccarda "tipica" si associa nella maggior parte dei casi ad etiologia medicamentosa, ed è sufficiente a porre diagnosi di sindrome di Stevens-Johnson qualora lo scollamento cutaneo non superi il 10% della superficie corporea.

*Fig. 17 Sindrome di Lyell.* Macule confluenti a costituire ampie aree dapprima eritematose quindi epidermolitiche. Lo scollamento interesserà ben presto oltre il 10% della superficie corporea. La sindrome di Lyell, rara in età pediatrica, riconosce sempre una etiologia medicamentosa.

*Fig. 18 Staphylococcal skin scalded syndrome (SSSS).* Ampie aree di epidermolisi con aspetto combustiforme. Il quadro è sovrapponibile a quello della sindrome di Lyell, ma nel caso della SSSS, propria dell'età pediatrica, l'agente etiologico è una tossina stafilococcica.

Fig. 1 Ustione dermica superficiale



Fig. 4 Dermatite da insetti "vescicanti"

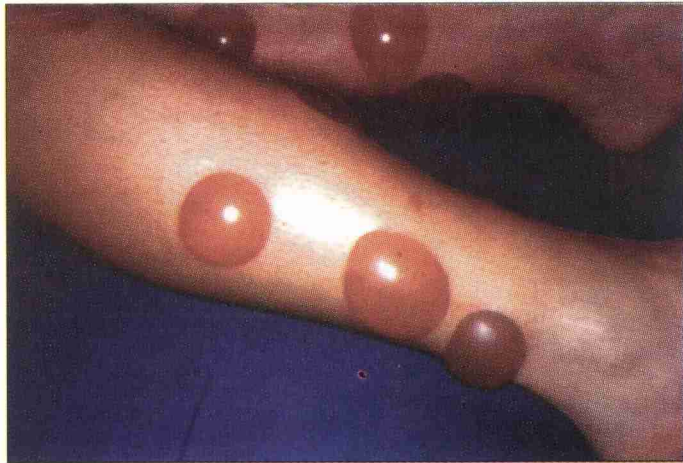


Fig. 2 Fitofotodermatite da contatto



Fig. 5 Malattia mani-piedi-bocca

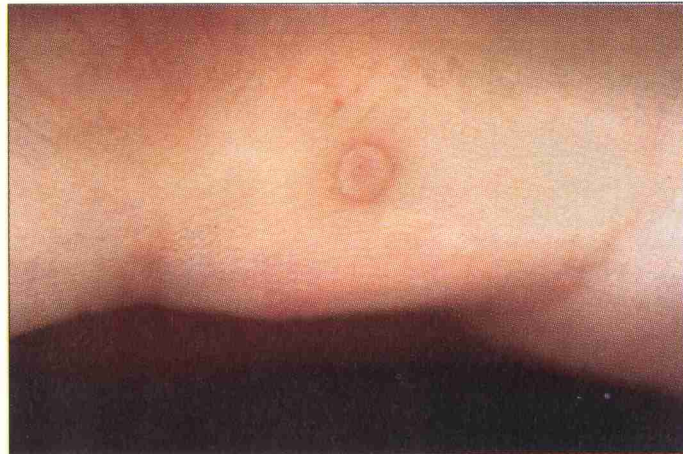


Fig. 3 Dermatite da contatto allergico



Fig. 6 Malattia mani-piedi-bocca

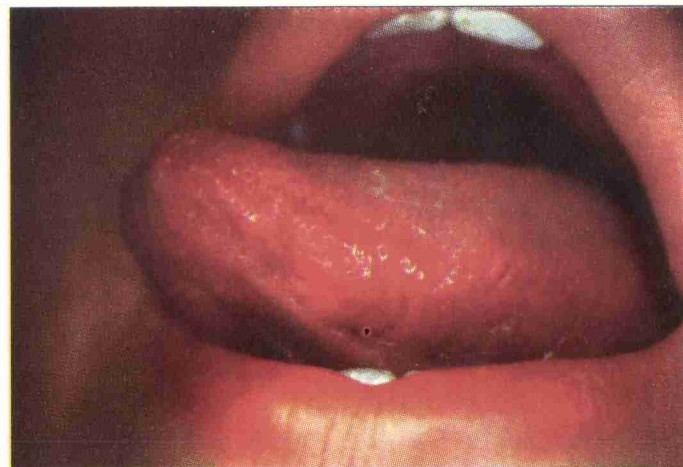


Fig. 7 Stomatite erpetica



Fig. 10 Herpes zoster



Fig. 8 Herpes simplex recidivante



Fig. 11 Varicella



Fig. 9 Eruzione erpetica (Eczema "erpeticato")



Fig. 12 Varicella



Fig. 13 Eritema polimorfo da *Mycoplasma Pneumoniae*



Fig. 16 *Sindrome di Stevens-Johnson*



Fig. 14 Eritema polimorfo



Fig. 17 *Sindrome di Lyell*



Fig. 15 *Sindrome di Stevens-Johnson*



Fig. 18  
*Staphylococcal  
skin scalded  
syndrome*



CLASSE A

CLASSE A



The image shows the packaging for Lunibron-A. On the left is a small glass bottle with a green cap and a white dropper. In the center is a white rectangular box with green accents, labeled "Lunibron-A" and "Flunisolide". To the right is a clear plastic nebulizer mask. The background is a light blue gradient.

**Lunibron-A<sup>®</sup>**  
Flunisolide



The image shows the packaging for Broncovaleas. On the left is a clear plastic nebulizer mask. In the center is a small glass bottle with a white cap and a white dropper. To the right is a white rectangular box with green accents, labeled "Broncovaleas" and "Salbutamolo". The background is a light blue gradient.

**Broncovaleas**  
Salbutamolo

**VALEAS** s.p.a.

## GIAPPONE

### La pillola sempre al bando

In Giappone la pillola è autorizzata solo per le donne con disturbi mestruali, anche se si calcola che le donne che prendono la pillola come contraccettivo clandestino siano 500.000. Il numero degli aborti in Giappone è molto alto: 400.000.

Il mondo femminista (molto debole in Giappone) ritiene che con la legalizzazione della contraccezione questo numero scenderebbe.

Qualche tempo fa (il 9 luglio), in una conferenza stampa, il ministro della sanità aveva preannunciato una liberalizzazione della pillola che è fortemente sostenuta anche dai produttori di farmaci, ma è fortemente ostacolata dai produttori di preservativi che sono in Giappone l'unico strumento di contraccezione ammesso (*Lancet 1996;348:886*).

Dopo la conferenza stampa del 9 luglio forti contrasti hanno diviso il governo giapponese, nel quale la burocrazia amministrativa è decisamente contraria alla liberalizzazione. Nessuna decisione è stata presa.

## USA

### Country profile secondo Lancet

Nel country profile degli USA, pubblicato da *Lancet* (1996;348:1001) viene aggiornato lo stato dell'assistenza sanitaria in USA sulla quale *Quaderni* si è spesso soffermato.

Che è questo: assistiti dal medicaid 10% (37.000.000, di cui metà bambini), dal medicare 11% (38.000.000), da assicurazioni private 70%, da nessuno 30%, dalle forze armate 5%.

Il totale è superiore al 100% in quanto esistono doppie coperture. Rimane, comunque, fissa la proporzione fra assistiti (70%) e non assistiti (30%). Il sistema assistenziale americano viene descritto come "non system" e definibile con due parole "cost and caos".

## GERMANIA

### Country profile secondo Lancet

I dati assistenziali sulla Germania (*Lancet 1996;348:1631*) pubblicati nel country profile a cura di *Lancet* sono questi:

Popolazione	81.000.000
Popolazione > 60 anni	20%
Popolazione non assistita	0.13%
Abitanti per medico	313
Posti letto/1000 abitanti	7.1
Degenza media	12.3 gg
Tasso di ospedalizzazione/1000	180
Percentuale del PIL utilizzato per l'assistenza	10%
<b>Percentuale delle spese assistenziali:</b>	
Ricovero	32.4%
Ambulatoriale	24.4%
Farmaci	20%
Ricerca	2.2%
<b>Metodo di pagamento ospedaliero:</b>	
	30% con i DRG
	70% per giornata di ricovero
<b>Controlli di qualità:</b>	
Ospedali	legge del 1989 sull'accreditamento, ma non applicata ovunque
Ambulatori	lista di protocolli e linee guida che i medici devono applicare

## USA

### Non l'ormone della crescita ai bambini Short Normal

L'Accademia Americana di Pediatria (AAP) resta contraria alla prescrizione dell'ormone della crescita nei bambini Short Normal che, per definizione, non hanno un difetto di secrezione dell'HGH. Il trattamento infatti raggiunge l'effetto di una crescita apprezzabile solo in una

minoranza di bambini a un prezzo economico straordinariamente alto.

Richiesta di parere l'AAP conferma le indicazioni solo per il difetto di HGH per la sindrome di Turner e per l'insufficienza renale (*Adnkronos Salute 23/11/1996*). In Italia le indicazioni fornite nella scheda tecnica sono esattamente quelle indicate dall'AAP, ma è noto che, in gran parte del paese, vengono trattati dai centri autorizzati anche i piccoli Short Normal.

Sono comunque in atto, da parte di numerose aziende USL (che sono quelle che alla fine pagano), iniziative per un controllo delle prescrizioni dei centri autorizzati in modo da ricondurre a ragionevolezza e correttezza le prescrizioni dell'HGH.

## CEE

### I diritti dell'embrione

Aprondo, al consiglio d'Europa, la conferenza europea sulla Convenzione per la bioetica Jaques Toubon, ministro della giustizia francese, ha detto che anche se la scienza non ha ancora chiarito a che punto del periodo prenatale l'embrione "comincia ad avere una vita umana" e comincia quindi a essere persona, l'obiettivo della convenzione dev'essere quello di definire chiaramente che la sperimentazione sull'embrione in vivo non deve essere attuata.

## USA

### Ritirata la Terfenadina

La Food and Drug Administration ha fatto ritirare dal commercio la terfenadina, in commercio anche in Italia con il nome commerciale di Teldane.

I disturbi in accertamento sono simili a quelli dell'associazione cisapride-macrolidi: cioè extrasistolie ventricolari. Sarebbero stati cagionati da somministrazione di chetoconazolo + eritromicina + terfenadina.

## TELEFONINI

### Salute a rischio?

Sono stati sollevati da più parti interrogativi circa possibili rischi per la salute umana legati all'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici irradiati dalle antenne fisse della rete di telefonia cellulare, tecnicamente indicate come antenne radio base. Il problema del rischio le salute connesso con l'esposizione umana ai campi elettromagnetici è stato, negli ultimi anni, oggetto di attenta valutazione da parte delle più autorevoli organizzazioni protezionistiche internazionali. Per quanto attiene, in particolare, la problematica protezionistica derivante dall'uso dei sistemi mobili di telecomunicazione, merita particolare attenzione l'attività svolta dalla Commissione internazionale per la protezione dalle radiazioni non ionizzanti (ICNIRP) che ha recentemente pubblicato un documento dal titolo "Problemi sanitari connessi all'uso di radiotelefonini portatili e trasmettitori radio base". Numerose indagini sono in corso per approfondire ulteriormente, l'interazione dei campi elettromagnetici con alcune strutture corporee. L'Unione europea ha in progetto il finanziamento di un vasto piano di ricerche e ha istituito un comitato di esperti al quale partecipa l'Istituto Superiore di Sanità. Per quanto riguarda specificamente le emissioni delle antenne radio base, le attuali conoscenze scientifiche, quali emergono da una revisione critica della letteratura scientifica e dal confronto



delle esperienze maturate nel settore consentono di stabilire quanto segue:

1. La banda di frequenza attualmente utilizzata per la telefonia cellulare in Italia (attorno ai 900 MHz) è prossima alle frequenze più elevate assegnate a canali di diffusione televisiva. Quindi, gli eventuali rischi per la popolazione, a parità di intensità, dei campi elettromagnetici sono sostanzialmente analoghi nelle due tipologie di impiego.

2. L'intensità della radiazione elettromagnetica emessa da un'antenna diminuisce sostanzialmente in misura inversa al quadrato della distanza dall'antenna stessa. In conseguenza i campi generati dalle stazioni radio base nei normali ambienti di vita sono confrontabili con quelli dovuti, negli stessi ambienti, a una singola, generica emittente radio o televisiva.

3. Le antenne radio base sono direzionali, con il massimo di irradiazione in direzione orizzontale e il minimo in direzione verticale. Per assicurare una buona trasmissione, mantenendo bassa la potenza irradiata, l'energia a microonde emessa è in larga misura contenuta in un cono di irradiazione piuttosto stretto ( $< 10^\circ$ ) che, nelle immediate vicinanze dell'antenna, deve essere quanto più possibile libero da ostacoli. Nel caso di antenne installate su edifici, ciò implica che questi ultimi si trovino in ombra rispetto al cono entro cui è distribuita la massima parte dell'energia emessa e che il livello di campo elettromagnetico nelle abitazioni sottostanti non venga apprezzabilmente alterato dalla presenza dell'antenna.

4. Diverse organizzazioni protezionistiche, sulla base di effetti biologici e sanitari acuti ben accertati, hanno stabilito limiti di esposizione ai campi elettromagnetici. In condizioni di massimo carico, cioè con tutti i canali disponibili impegnati nella trasmissione, l'intensità dei campi generati da un'antenna radio base scende al di sotto dei limiti internazionalmente raccomandati a distanze dell'ordine di 6-7 metri lungo la direzione di irradiazione e di 2 metri in verticale, cioè entro spazi normalmente non accessibili alla popolazione, date le tecniche di installazione adottate.

5. I risultati della ricerca scientifica attualmente noti non suffragano alcuna ipotesi di effetti a lungo termine dell'esposizione a campi elettromagnetici che abbiano frequenza e intensità confrontabili con quelle dei campi generati nei normali ambienti di vita dalle stazioni radio base. In conclusione, sulla base dei dati scientifici attualmente disponibili si ritiene di poter affermare che:

- a) i livelli dei campi elettromagnetici a cui è esposta la popolazione a seguito dell'installazione delle antenne radio base dei sistemi di telefonia cellulare sono tali da escludere categoricamente qualsiasi ipotesi di rischio da esposizione acuta;
- b) non esistono, per tali campi, evidenze scientifiche di effetti sanitari a lungo termine da esposizione cronica. (*Notiziario I.S.S. 1996;9:1*)

## NESTLÈ

### Supermercato o farmacia?

Abbiamo verificato alcuni costi di prodotti della Nestlé nei supermercati e in farmacia. Il latte Mio nelle farmacie costa 2.500 lire, nei supermercati costa 2.150 lire. Risparmio 350 lire al barattolo (14%). Duecentocinquanta grammi di semolino multicereali in farmacia costa 7.000 lire, nei supermercati 5.190 lire. Risparmio 1.810 lire (36%). Crediamo sia dovere del pediatra dare precise informazioni alle famiglie.





## BOTULISMO

### Cambia l'epidemiologia?

Alla fine dell'estate 1996 il verificarsi in Italia di alcuni casi di botulismo associati all'ingestione di dolci preparati con mascarpone di produzione industriale, ha destato notevole allarme nell'opinione pubblica e qualcuno ha parlato di un cambiamento dell'epidemiologia di questa malattia.

Nel corso degli ultimi venti anni, secondo il rapporto dell'American Institute of Medicine sulle malattie infettive emergenti, il numero di malattie acquisite attraverso gli alimenti è aumentato significativamente e la lista dei microrganismi in causa è all'incirca triplicata.

Questo è dovuto a:

1. cambiamento delle condizioni e delle procedure utilizzate nelle produzioni agricole;
2. impiego, nell'alimentazione animale, di mangimi prodotti con materiali contaminati o originariamente non destinati all'alimentazione o contenenti antibiotici;
3. uso di liquami contaminati per concimazione;
4. applicazione di tecniche non corrette per la preparazione, il confezionamento e la conservazione degli alimenti;
5. diffusione di circuiti di grande distribuzione, con la conseguenza di trasporto degli alimenti a grandi distanze dai luoghi di produzione, questi spesso in aree con notevoli carenze dei livelli igienici;
6. aumento del numero di persone che utilizzano i sistemi di ristorazione collettiva, con la conseguenza dell'aumento delle dimensioni degli eventi epidemici.

Molte delle cause sopra riportate, sono all'origine anche di focolai nosocomiali di tossinfezioni alimentari.

È evidente che l'alimentazione ha un ruolo rilevante nel problema dell'emergenza-riemergenza delle patologie infettive, ciò in quanto la sicurezza degli alimenti può essere compromessa in diversi punti della catena alimentare.

Il medico che osserva un paziente con un quadro clinico caratterizzato da paralisi discendente, diplopia, dispnea, disartria, confusione, disfagia, secchezza delle fauci e con un'anamnesi positiva per l'ingestione di alimenti classicamente associati al botulismo, non avrà problemi a porre la diagnosi e a lanciare l'allarme. Ma quando i sintomi non sono così evidenti e gli alimenti ingeriti non sono quelli per i quali viene posto un alto indice di sospetto (conservate di vegetali a preparazione domestica), la diagnosi potrebbe non essere tempestiva.

In realtà, non è certo un evento frequente che i prodotti lattiero-caseari trasmettano il botulismo.

I casi italiani sono molto simili a quelli verificatisi nel 1993 negli Stati Uniti (8 casi con un morto e 1 caso di errato inquadramento diagnostico): i casi furono associati a una salsa a base di formaggio utilizzata per condire le patate al forno.

I Center Diseases Control and Prevention hanno ricostruito che meno dell'1% di tutti i focolai epidemici di botulismo riportati in circa un secolo erano associati all'ingestione di formaggi o altri prodotti caseari.

Solo in due casi si trattava di prodotti sottoposti a trattamenti industriali, e di questi solo uno dopo trattamento termico.

Uno studio meticoloso condotto per indagare il focolaio registrato negli USA nel 1993, ma che non è riuscito a stabilire le modalità attraverso le quali la salsa si è contaminata ha permesso di stabilire che la bassa acidità e l'alto tenore di umidità della salsa di formaggio, sono i fattori che avevano favorito la germinazione delle spore e la produzione di tossina.

La consistenza della salsa e il grasso contenuto in essa avevano rappresentato l'ambiente a basso tenore di ossigeno necessario per lo sviluppo del germe.

Quello del formaggio non è l'unico caso inconsueto di trasmissione del botulismo: circa trent'anni fa, quando vennero introdotte le pellicole (film) per evitare la perdita di umidità dei cibi, venne documentato che la presenza di funghi nelle confezioni determinava un rapido consumo di ossigeno e, di conseguenza, creava un ambiente ideale per il botulismo. (*Giorn. It. Inf. Osp.* 1996;3: 113)

## STANZE SINGOLE

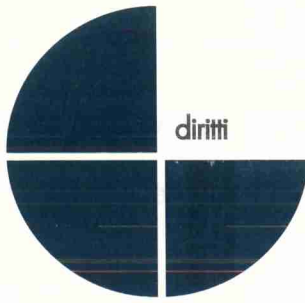
### Quante in un reparto di pediatria?

Le malattie da infezione sono la causa più comune di ricovero ospedaliero in pediatria. Patogeni respiratori, come il virus respiratorio sinciziale, intestinali, come i rotavirus, possono poi essere escreti per lunghi periodi dopo l'infezione acuta e contaminare l'ambiente. Ci sono dati italiani che riferiscono che almeno il 10% delle infezioni intestinali sono di tipo nosocomiale. Non esistono, però, dati italiani per determinare il fabbisogno di stanze singole in una unità operativa di pediatria generale. Per le specialità è un altro discorso: sezioni di oncologia o di sole malattie infettive devono avere, per diverse ragioni, solo camere singole. Nel 1970 uno statement dell'American Community Hospital suggeriva che il 10% dei posti letto (PL) fosse riservato a stanze singole. Nel 1995 è stato pubblicato uno studio canadese (*Am. J. Infect. Control* 1994;22:207) che suggerisce sostanzialmente una dimensione del problema non tanto diversa dopo averla però verificata in uno studio settimanale durato 14 mesi in un ospedale di 218 PL di cui, però, solo 183 di pediatria generale. Durante i mesi dello studio si ebbe una media di bambini da isolare del 13.5% con una variabilità notevole però fra estate ed inverno.

Durante l'inverno si raggiunse una necessità di bambini da porre in isolamento del 31% dei ricoverati, in gran parte per infezioni respiratorie.

Durante l'estate i bambini da isolare rappresentarono il 5.6% per malattie sia respiratorie che intestinali. La maggiore richiesta (56%) di bambini da isolare fu registrata nell'età da 0 a 2 anni: nel 61% per malattie respiratorie, nel 21% per malattie intestinali. Fra i 2 e i 5 anni la necessità fu del 21% dopo i 5 anni del 22%. Questo comportò l'uso del 12.8% dei PL per bambini in isolamento.

A questo si deve aggiungere le necessità di camere singole per bambini da isolare per cure palliative o per necessità di nursing uno a uno e le eventuali richieste di camere a pagamento. È da supporre, insomma, che tutto sommato le necessità di PL in camere singole, in una unità operativa di pediatria generale non possa essere inferiore al 15% del totale dei PL.



Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 27-29

*Pubbllichiamo il testo del disegno di legge del Ministro Livia Turco sulle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza. Lo facciamo senza commentare; ci riserviamo, però, di tornare sull'argomento nei prossimi numeri. Sono graditi i commenti da parte dei lettori.*

Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

## Il disegno di legge del ministro Livia Turco

### Art. 1 Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza

1. È istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Fondo Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, la crescita, la maturazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza al fine di dare migliore attuazione ai principi della Convenzione Internazionale sui diritti del Fanciullo ratificata in Italia con la legge 27 maggio 1991, n. 176, nonché alle disposizioni contenute negli articoli 1 a 5 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 recante "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

2. Una quota pari al 30% delle risorse del Fondo di cui al comma 1 è riservata al finanziamento di interventi di particolare valore sperimentale da realizzarsi nelle città di Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, Reggio Calabria, Palermo e Cagliari. Il 70% delle risorse del fondo di cui al comma è ripartito tra le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per il 50% sulla base della consistenza della popolazione minorile rilevata dall'Istituto Nazionale di Statistica e per il 50% secondo i seguenti criteri:

a) carenza di strutture per la prima infanzia secondo le indicazioni del Centro Nazionale per l'infanzia e l'Adolescenza della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

b) numero di minori presenti in istituti educativi assistenziali in base all'ultima rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica;

c) percentuale di evasione dell'obbligo scolastico come accertata dal Ministero per la Pubblica Istruzione;

d) percentuale di famiglie con figli minori che vivono al di sotto della soglia di povertà così come stimata dall'Istituto Nazionale di Statistica.

e) incidenza percentuale del coinvolgimento di minori in attività criminosa come accertata dalla Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno nonché dall'Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile del Ministero di Grazia e Giustizia.

3. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro per la Solidarietà Sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri dell'Interno e del Tesoro, provvede a determinare le modalità di funzionamento, di ripartizione e di erogazione delle risorse del Fondo di cui al comma 1.

4. È autorizzata la spesa di lire 127 miliardi per l'anno 1997 e di lire 372 miliardi a decorrere dal 1988 per il finanziamento del Fondo di cui al comma 1.

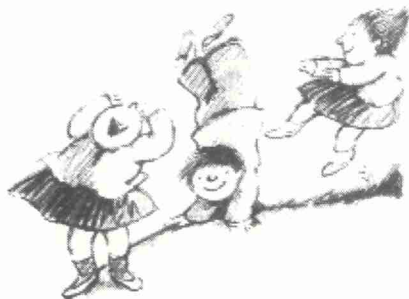
### Art. 2 Ambiti territoriali d'intervento

1. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le Regioni definiscono la programmazione, gli ambiti territoriali di intervento e il relativo riparto economico, al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Ai fini della presente legge, possono essere individuati ambiti di intervento coincidenti con il territorio di Comuni, di Comuni associati ai sensi degli articoli 24, 25 e 26 della legge 8 giugno 1993, n. 142, di comunità Montane e di Province.

2. Gli Enti locali ricompresi negli ambiti territoriali d'intervento di cui al comma 1, mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142 e con l'azione integrata e coordinata dei Provveditorati agli Studi, delle Aziende Sanitarie Locali, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, e dell'Autorità Giudiziaria Minorile, approvano entro il 31 dicembre di ogni anno piani annuali territoriali d'intervento, articolati in progetti immediatamente esecutivi, nonché il relativo piano economico e la prevista copertura finanziaria. I piani d'intervento sono trasmessi alle Regioni, che provvedono all'approvazione e all'emanazione della relativa delibera di finanziamento a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, nei limiti della disponibilità assegnate a ogni singola Regione, entro i successivi 60 giorni. Le Regioni provvedono altresì, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio, a costituire fondi regionali per l'infanzia e l'adolescenza.

Le Regioni possono impiegare una quota non superiore al 5% delle risorse loro trasferite per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

3. Le Regioni possono istituire fondi regionali per il finanziamento dei piani annuali di intervento a integrazione delle quote di competenza regionale del Fondo di cui all'articolo 1, nonché per il finanziamento di interventi non coordinati dallo stesso Fondo nazionale.



### Art. 3

#### Azioni ammesse a finanziamento

1. Sono ammesse al finanziamento del Fondo di cui all'articolo 1 le seguenti azioni:

- a) **Servizi di sostegno della relazione genitore-figli**, di contrasto della povertà della violenza e della istituzionalizzazione.
- b) Innovazione e sperimentazione di **servizi socio-educativi per la prima infanzia**.
- c) **Servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero**.
- d) Azioni positive per la **promozione del diritto all'infanzia e all'adolescenza e per l'esercizio della cittadinanza**.

### Art. 4

#### Servizi di sostegno della relazione genitore-figli, di contrasto della povertà, della violenza e della istituzionalizzazione

1. Gli interventi di cui all'articolo 3 comma 1, lettera a) sono **finalizzati al contrasto della povertà, alla prevenzione del disagio e al superamento del ricovero dei minori negli istituti educativo-assistenziali**, anche in relazione alla condizione dei minori stranieri.

Tali interventi sono realizzati mediante progetti personalizzati integrati con le azioni previste nei piani sociosanitari regionali. In particolare attraverso:

- a) **l'erogazione di un minimo vitale a favore di figli minori** appartenenti a nuclei familiari in particolare stato di bisogno;
- b) l'attività di **informazione** e sostegno alle scelte di maternità e paternità **facilitando la comprensione dei diritti e l'accesso ai servizi**;
- c) le azioni di sostegno alla famiglia e al minore al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psicosociale anche mediante il **potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica** e per quelli di pronto intervento;
- d) **gli affidamenti familiari sia diurni che residenziali**;

e) **l'accoglienza e trattamento di minori**, anche sieropositivi, handicappati psichici o affetti da gravi patologie, **in comunità di accoglienza temporanea**;

i) l'attivazione di **residenze per donne agli arresti domiciliari con figli minori**;

g.) la realizzazione di **case di accoglienza per genitori in difficoltà anche con figli minori** nonché promozione di famiglie di accoglienza per nuclei madre-figli minori;

h) gli interventi di **prevenzione e di assistenza nei casi di abuso sessuale, maltrattamento e violenza**;

i) i servizi di consulenza per famiglie e minori orientati alla mediazione e al superamento delle difficoltà relazionali.

### Art. 5

#### Innovazione e sperimentazione di servizi socio-educativi per la prima infanzia

1. Le azioni di cui alla lettera b) dell'articolo 3 devono essere orientate all'offerta di **servizi socio-educativi** per la prima infanzia e per i genitori, **non sostitutivi degli asili nido tradizionali**, anche autorizzati dalle famiglie, e si configurano come:

a) **servizi con caratteristiche educative, ludiche, culturali e di aggregazione sociale per i bambini in età 0-3 anni**, accompagnati dai genitori, familiari o adulti che quotidianamente si occupano della cura dei minori, organizzati secondo criteri di flessibilità;

b) **servizi con caratteristiche educative e ludiche finalizzati all'assistenza ai bambini in età compresa tra i 18 mesi e i 3 anni** per un tempo giornaliero non superiore alle 5 ore, che si differenziano dai nidi **per l'assenza di servizi di mensa e per il riposo pomeridiano**.

### Art. 6

#### Servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero

1. Le azioni di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c) realizzate mediante operatori educativi con specifica competenza professionale sono rivolte al sostegno e allo sviluppo di **servizi nei periodi di chiusura della scuole** con le seguenti attività:

- a) promuovere la **partecipazione dei minori a livello propositivo**, decisionale e gestionale in esperienze aggregative;  
b) promuovere occasioni di **riflessione su temi rilevanti per la convivenza civile**.

#### Art. 7

##### **Azioni positive per la promozione del diritto all'infanzia e all'adolescenza e per l'esercizio della cittadinanza**

1. Ai fini della presente legge, per azioni positive per la promozione del diritto all'infanzia e all'adolescenza si intendono quelle **azioni orientate a migliorare il benessere e la qualità della vita dei minori, a promuovere l'autonomia e la creatività, nonché a valorizzare le differenze di genere, culturali ed etniche**. In particolare le azioni positive devono prevedere:

- a) **interventi che facilitano l'uso del tempo e degli spazi urbani**, rimuovono ostacoli nella mobilità, ampliano la fruizione di beni e servizi ambientali, culturali, sociali e sportivi;  
b) misure orientate alla **promozione della conoscenza dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza** presso tutta la cittadinanza e in particolare nei confronti degli addetti a servizi di pubblica utilità;  
c) **misure volte a promuovere la partecipazione dei bambini e degli adolescenti alla vita della comunità locale**.

#### Art. 8

##### **Servizio di consulenza e informazione per l'infanzia**

1. Il Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso il Centro Nazionale per la tutela dell'infanzia ed eventualmente altri enti e istituzioni all'uopo convenzionati, attiva un Servizio di consulenza e informazione per l'infanzia. Il Servizio assiste gli Enti locali e territoriali nonché i soggetti di cui all'articolo 2, comma 2, nell'elaborazione e realizzazione dei progetti previsti dai piani territoriali d'intervento. Provvede altresì alla creazione di una banca dati dei servizi ai minori allo scopo di favorire la diffusione delle conoscenze

e la realizzazione dei migliori programmi nelle aree obiettivo 1, così come definite dalla Commissione della Comunità Europea.

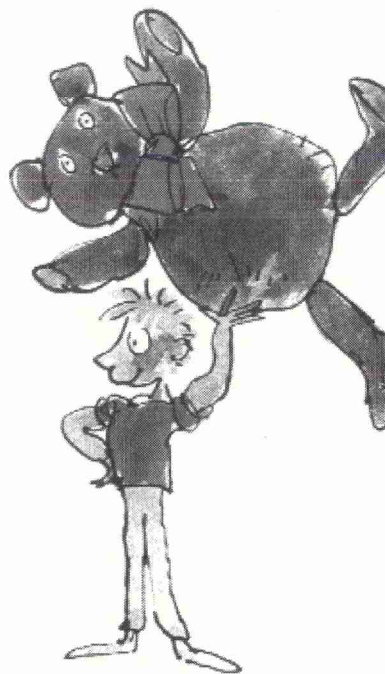
2. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della Solidarietà Sociale, con proprio decreto, definisce le modalità organizzative e di funzionamento per l'attuazione del Servizio di cui al comma 1.

3. Per il funzionamento del Servizio di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di lire 3 miliardi all'anno a decorrere dal 1997.

#### Art. 9

##### **Verifica e controllo della spesa**

1. Entro il trenta giugno di ogni anno, le Regioni, nel provvedere al controllo, sulla base di una dettagliata relazione, esprimeranno al Ministro della Solidarietà Sociale lo stato di attuazione degli interventi di cui alla presente legge gli obiettivi conseguiti nonché le misure urgenti da attuare per migliorare l'esecuzione degli interventi di cui alla presente legge nel territorio regionale. Qualora, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, le Regioni non abbiano provveduto all'impegno contabile delle quote di competen-



za del Fondo di cui all'articolo 1 e all'individuazione dei soggetti attuatori degli interventi di cui alla presente legge, il Ministro della Solidarietà Sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, provvede alla riprogrammazione delle risorse assegnate e conseguente riferimento delle stesse ad altre Regioni.

2. Per garantire la tempestiva attuazione degli interventi di cui alla presente legge nei Comuni commissariati, il Ministro dell'interno con proprio decreto, emanato in concerto con il Ministro della Solidarietà Sociale provvede a definire le funzioni delle Prefetture competenti per territorio per il sostegno e l'assistenza ai Comuni ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui all'articolo 2.

#### Art. 10

##### **Conferenza Nazionale sull'infanzia e l'adolescenza**

1. Il Ministro per la Solidarietà Sociale convoca periodicamente la Conferenza Nazionale sull'infanzia e l'adolescenza che è organizzata dal Dipartimento per gli Affari Sociali con il supporto tecnico e organizzativo del Centro Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

#### Art. 11

##### **Copertura finanziaria**

1. Agli oneri di cui alla presente legge pari a lire 130 miliardi per l'anno 1997 e a lire 375 miliardi per ciascuno degli anni 1998, 1999 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto ai fini del bilancio trimestrale 1997-1999 al capitolo 6855 dello stato di previsione della spesa del Ministero del Tesoro, a tal fine riducendo di pari importo l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

2. Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Il vocabolario delle aziende si è arricchito di una nuova parola, abbiamo cercato di capirne il significato

## Lessico poco familiare: il benchmarking

Giancarlo Biasini

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 26

*Il lessico poco familiare  
delle Aziende si è arricchito  
di una nuova parola:*

**BENCHMARKING!**

*Per i nostri lettori abbiamo  
cercato di capire cos'è.*

*I classici si spiegano*

*con un esempio*

*(vincitore del Benchmarking  
Award 1996)*

*che trasferiremo ai lettori:*

*parla di petrolio, ma la sanità*

*ha evidentemente*

*da imparare*

*dall'industria petrolifera.*

La Shell e la Norsk Hydro posseggono due piattaforme per estrazione di petrolio situate nel mare del Nord. Ad un certo punto la Shell chiede alla Norsk di confrontare i principali indicatori economici e di produttività delle due piattaforme: idea cioè un progetto di Benchmarking (BM). Perché il BM è tutto qui: confronto fra due processi produttivi che portano alla produzione dello stesso prodotto utilizzabile in azienda o vendibile. Per tornare all'esempio, l'obiettivo delle due grandi imprese era quello di individuare procedure o strumenti o utilizzo del personale che consentisse un aumento dell'efficienza e una riduzione dei costi. Tutte le voci di costo di gestione, e non di impianto, delle due piattaforme sono state utilizzate. Alla fine dell'analisi è emerso -come era prevedibile- che in alcuni settori era più efficiente Shell, in altri Norsk. Complessivamente comunque la Norsk è risultata più efficiente, ma questo conta poco. Quel che conta è che ognuna delle due imprese ha "imparato" le modalità per essere più efficiente nei singoli settori di attività e ha avviato azioni migliorative.

Il BM è quindi uno strumento, sufficientemente ovvio, di miglioramento dei processi in qualunque tipo di organizzazione per evitare o ridurre sprechi, per migliorare l'efficienza e la qualità dei prodotti offerti. La metodologia si basa sulla misurazione quantitativa (e qualitativa?) dei propri punti di forza e di debolezza rispetto a organizzazioni ritenute pari o eccellenti sia all'interno della stessa organizzazione che confrontandosi con altre imprese.

È essenziale, naturalmente, (ed è molto difficile) definire strutture, processi, esiti. Gli esperti di BM lavorano, per l'appunto, in questi ambiti di competenze. Ovviamente il BM si è subito interessato alla sanità; e come non poteva? La sanità è, infatti, diventata terra di conquista (e che si fa ingenuamente

conquistare) per tutte le tecniche di tipo manageriale. È così nato un *Benchmarking Club* con un'Area Sanità, una *Benchmarking newsletter* con grande attenzione alla sanità.

Ci sono esperienze di BM in sanità?

La regione Lombardia nel 1993 ha utilizzato il BM per la valutazione dei carichi di lavoro e gli esperti di BM scrivono che in quella regione l'occasione della misurazione dei carichi di lavoro fu trasformata (*Benchmarking Trends Dic. 1996 - Gen. 1997 pg 8*) in "una grande opportunità con una operazione di largo respiro con obiettivi quali lo sviluppo dell'efficienza, l'introduzione di una cultura gestionale, il supporto concreto all'impianto di sistemi di controllo di gestione e più in generale il miglioramento della qualità nel corretto rapporto fra risorse impiegate e prestazioni rese".

Noi speriamo vivamente che i colleghi lombardi, anche se non ce l'hanno detto, si siano accorti di tutti questi miglioramenti. Il Veneto ha concluso in questi giorni un progetto di BM per la rilevazione dei carichi di lavoro basato sul confronto fra il personale impiegato e le prestazioni rese: cioè sul tempo impiegato per fornire una prestazione che, in effetti, in un confronto infra-aziendale può avere un suo significato. Questa limitazione degli obiettivi sul campo, da parte dei concreti veneti ci è sembrata lodevole. La regione Emilia Romagna, a sua volta, ha iniziato un processo di BM con intendimenti un poco ambiziosi almeno per profani come noi: gestione del Pronto Soccorso, gestione alberghiera, innovazione della contabilità, risorse umane, approvvigionamento di beni e servizi. Scusate se è poco.

Con perfetto stile sanitario emiliano-romagnolo il responsabile del progetto ha dichiarato che l'esperienza fatta "appare assolutamente all'avanguardia rispetto alle esperienze maturate fino a oggi".



letture

Quaderni ACP 1997; vol IV, n° 2: 30-31

La difficile convivenza dell'adolescente con la malattia cronica

## La "sintesi degli opposti"

Rosella Brunelli

Psicologa divisione Materno-Infantile "Ospedale Bufalini", Cesena

### Malattia e adolescenza

Convivere con una malattia cronica è difficile in ogni età, ma può essere pressoché impossibile nell'adolescenza. Questo è infatti, un momento particolarmente critico, ricco di conflitti, in cui ci si confronta con problemi fondamentali; l'acquisizione della propria autonomia, l'identificazione con i compagni e il gruppo, la preoccupazione per l'aspetto fisico, l'integrazione delle pulsioni sessuali, la ricerca della identità e del senso della vita (1-6).

L'adolescente tende a vivere in modo esasperato tutto ciò che si riferisce alla propria persona, al suo aspetto psichico e fisico, soprattutto corporeo; egli dà rilievo a minuzie che ad altri occhi possono apparire prive di consistenza. Pertanto, il prendere coscienza della cronicità della propria malattia, accanto ad una più realistica concezione della temporalità può determinare una crisi, che si può esprimere con vari meccanismi di difesa che possono andare dall'aperta ribellione e dal rifiuto delle cure, all'atteggiamento passivo, depressivo verso la malattia. L'impatto della malattia cronica sull'adolescente dipende, oltre che dal tipo di malattia, dall'epoca di insorgenza: le reazioni più intense ed esasperate si verificano quando la malattia sopraggiunge in questa età.

Tuttavia queste reazioni possono presentarsi anche quando la malattia è presente da anni o è congenita, poiché in adolescenza si giunge drammaticamente alla coscienza dei propri problemi di salute e si avverte il disagio reale della malattia come "opposto" rispetto al desiderio di una vita fantasticata "come degna di essere vissuta". L'esperienza di chi fa assistenza psicologica ad adolescenti con malattia cronica (particolarmente con fibrosi cistica e diabete) porta a constatare quanto sia problematico, specie nella prima e media adolescenza (13-18 anni), coniugare nella quotidianità gli aspetti contrastanti della voglia e del desiderio con quelli del dovere e della necessità. Questi "opposti" si possono riassumere così se si vedono attraverso il racconto dei vissuti dei ragazzi (tab. 1).

### Il lavoro di elaborazione e di trasformazione

Per giungere alla sintesi degli opposti, l'adolescente deve integrare la malattia come compagna di strada nella vita. Deve superare sia il rifiuto (vivere "contro" la propria malattia), sia l'alienazione o l'identificazione totale (vivere "per" la propria malattia), sia ancora la rassegnazione che è un doloroso compromesso. Deve orientarsi verso l'accettazione attiva (1) (3-4-5) (vivere "con" la propria malattia), che è scelta utile sia a garantire un coping-process più adeguato e quindi una migliore qualità di vita, sia a favorire la preparazione e la progettazione del futuro. L'adolescente entra in contatto consapevole con la sua "differenza", sente la sua "perdita", piange la sua "ferita", soffre per il suo "limite", il "minus" da riparare. Cade in crisi, si isola, si ribella, si disperava, talvolta sfida la morte, prima di giungere alla "trasformazione" del proprio dolore e alla integrazione della malattia nella propria vita (7). Questo processo di bonifica e di trasformazione, e quindi di sviluppo e di crescita, porta alla percezione e considerazione del "sé" malato come aspetto del "sé" sano, e quindi all'autoaccettazione e alla formazione di una nuova identità. Il processo di crescita subisce una forte accelerazione nella cosiddetta 3ª adolescenza, non prima quindi dei 19-20 anni, con tempi e modalità differenziate, e non in tutti i casi. Questo travaglio evolutivo si accompagna da un lato ad una diminuzione dei meccanismi di diniego, di rifiuto, di aggressività, verso i sani e, dall'altro, ad un miglioramento della consapevolezza e della capacità di entrare in contatto con il proprio mondo interno, con il proprio dolore mentale, con l'angoscia (2) collegata alla malattia e alla minaccia di morte (2). Se la famiglia, gli amici, gli operatori sanitari e psicologici possono offrire disponibilità ricettiva al

#### NOTE

(1) che sarà progressiva, mai definitiva, con possibili falsi, talvolta, di regressione a situazioni pregresse. Il metodo dell'accettazione attiva, aiuta i malati cronici a neutralizzare tanto la ribellione quanto l'autocommiserazione e a iniziare il processo di trasformazione del proprio mondo interno.

(2) il senso di minaccia, connesso alla malattia a prognosi infausta, caratterizza lo stato emotivo dell'adolescente e del giovane adulto di instabilità, incertezza, senso di impotenza, con oscillazioni, talvolta da fasi di tipo depressivo a fasi di tipo persecutorio.

F., 19 anni, ammalata di Fibrosi cistica, così si esprime riguardo alla sua malattia: "è così misteriosa che suscita in me ansia diffusa: inoltre è imprevedibile. Un giorno ti sembra di stare bene e il giorno dopo perdi ogni sicurezza. Se hai il diabete, sai cosa fare, con la fibrosi cistica mi sento senza... armi".

sostegno e al contenimento, tocca però all'adolescente stesso confrontarsi con i propri fantasmi di terrore e di morte, e affrontare quindi il proprio problema esistenziale.

### Trovare un senso alla vita

Se la malattia è un "non-sense", occorre trovare un senso per il non senso, per dare un significato alla propria esistenza apparentemente senza senso!

Ciò comporta un cambiamento di mentalità, un "salto" qualitativo, anticonformista, si deve partire da un vissuto soggettivo di sofferenza per la coscienza del limite, e di angoscia esistenziale di fronte all'idea della morte, per andare alla ricerca di un significato autentico per la propria esistenza; ciò attivando potenzialità e risorse atte a considerare gli aspetti della propria vita da un punto di vista più elevato, comprensivo, sintetico.

Allo sviluppo del "coraggio", e alla liberazione da identificazioni emotive che provocano l'angoscia: il passaggio a un piano superiore di visione permette un nuovo "sentire", un entrare in contatto con una sfera di realtà al di sopra di quella considerata come reale, costituita di valori etici

essenziali e universali di ordine spirituale. Naturalmente questo processo di crescita, non è un dato acquisito una volta per tutte. È una continua conquista, che necessita di nuove sintesi e che può subire in ogni momento regressioni (6), arresti depressivi, nelle fasi di esacerbazione della malattia e di crisi.

### L'integrazione e il miracolo di divenire adulti

Si può intravedere "un'espansione di coscienza", particolarmente, in alcuni malati di Fibrosi Cistica i quali diventano consapevoli "che il tempo incalza" e che bisogna "divenire adulti in fretta". Alcuni vogliono realizzarsi al massimo delle loro possibilità sia sul piano della personalità, secondo un proprio modello ideale, sia sul piano sociale, illuminati da valori spirituali e trascendenti.

*"La vita non è avere delle buone carte in mano, ma giocare la cattiva carta che si ha", dice K., 24 anni, ammalata di fibrosi cistica, citando Stevenson.*

Nonostante i limiti imposti dalla malattia e dall'intervento terapeutico, K. si gioca tutto per realizzarsi e individuarsi sia a livello affettivo che di studio, seguendo

anche ideali di valore sociale ed etico spirituale.

Anche S., 26 anni, soddisfatta sul piano lavorativo e affettivo, riesce a integrare le faticose cure nella vita quotidiana, con responsabilità e con una sufficiente armonia, dopo l'autonomizzazione dalla famiglia. *"Prima dei venti anni, sono stata nella rabbia e nella depressione"*, poi la dimensione riparativa ha attivato la volontà verso una buona accettazione di sé. L'apertura verso gli altri, nella convinzione di potere essere amata e di poter amare, ha facilitato la disidentificazione dalla malattia. *"Una malattia da curare quotidianamente, ma non voglio che questa caratterizzi tanto la mia vita da impedirmi di esprimermi"*. E ancora: *"la mia fatica di vivere deve avere un senso; sto cercando di capirlo! Per ora ho imparato la pazienza e il rispetto verso gli altri"*. Un messaggio facilmente leggibile che viene da chi giovane decede per Fibrosi Cistica. In fase terminale, mentre lo psicologo si sforzava di comunicare empaticamente "speranza e coraggio" privilegiando il codice non verbale, e diveniva ricettivo di angosce, rabbie e silenzi molto profondi, avvertiva anche che, in alcuni momenti, essi divenivano quasi "meditativi" e attivavano risorse interne, dimensioni più interiori, intuizioni nuove, quasi fossero illuminati da una realtà trascendente. *"Questa notte ho visto o forse ho sognato, un angelo che mi portava fuori da un pozzo"*: dice C., tre giorni prima di lasciarsi con la sua fame d'aria che è sintomo di soffocamento ma anche bisogno di librarsi in atmosfere più leggere e luminose.

### Bibliografia

- G. Mansueto Zecca, "L'adolescente di fronte alla malattia cronica"; *Prospettive in Pediatria* 1977;26:153  
 L. Di Cagno, F. Ravetto, "Le malattie croniche e mortali dell'infanzia. L'angoscia di morte"; *Il pensiero scientifico* 1977  
 R. Assagioli, "Principi e metodi della psicosintesi terapeutica"; edit. Astrolabio 1973  
 R. Assagioli, "L'atto di volontà"; edit. Astrolabio 1977  
 R. Assagioli, "Lo sviluppo transpersonale"; edit. Astrolabio 1988  
 A. Ferrari, "Adolescenza. La seconda sfida"; edit. Borla 1994  
 J. L. Pedinielli, P. Bertagne, M. Montrevil, "L'enfant et la maladie somatique: le travail de la maladie"; *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1996;44

Adolescenza	Malattia cronica
Voglia di libertà e giustizia	Costrizione, cronicità, senso di ingiustizia
Onnipotenza, sfida, trasgressione, ribellione, opposizione	Impotenza, frustrazione, limite-regole, obbedienza
Principio del piacere (seguire gli istinti, gli impulsi, le fantasie)	Principio di realtà (razionalità della cura)
Voglia di indipendenza (di autonomia, di individuazione)	Abitudine alla dipendenza (dalla famiglia, dai medici, dai farmaci, dalle pratiche terapeutiche), regressione
Esaltazione del corpo (enfattizzati dai mass-media)	Presenza di coscienza di un corpo dalla funzionalità imperfetta, da riparare
Ricerca di uguaglianza con i pari, di sicurezza, di identità	Senso di disuguaglianza con i pari, di insicurezza, difficoltà a trovare identità a causa dello stigma della malattia
Proiezioni e progettazione del futuro	Difficoltà a progettare il futuro a causa del senso di minaccia potenziale connesso alla malattia inguaribile (specie se a prognosi infausta)

## A PROPOSITO DI INFORMATORI

In relazione alla lettera pubblicata su *Quaderni ACP 6/96* non si può che essere d'accordo sui principi che hanno indotto l'Ordine dei Medici di Forlì a prendere pubblica posizione sulle modalità con cui viene fatta l'informazione scientifica, invero molto più spesso, come si diceva una volta, "propaganda". Ciò su cui si resta invece scettici è l'utilità di una dichiarazione che, a mio parere, non potrà modificare alcunché. Ogni ditta si preoccupa anche troppo di portare documentazione a sostegno dei suoi prodotti, talmente tanta che di solito non si sa che farsene. Il problema reale è rappresentato dalla capacità del medico di saper valutare quello che gli viene sottoposto, e qui le note sono dolenti. Possiamo discutere se sia compito dell'Ordine preoccuparsi di questo ma, visto che ha così buona volontà di ammaestrare l'industria farmaceutica, potrebbe anche provare. Quanto al numero degli accessi, la loro durata etc., crediamo che chiunque possa organizzarsi il proprio tempo come meglio crede.

Carla Berardi  
Pediatra di famiglia, Perugia

## INCIDENTI IN MOTORINO

Ritorniamo a parlarne

Durante l'estate, con l'aumento della circolazione di moto e motorini, sono più frequenti gli incidenti stradali che coinvolgono tali veicoli e quindi i loro giovani conducenti, con conseguenze troppo spesso gravi. È noto che le campagne divulgative rivolte agli utenti hanno scarso successo. Pertanto parlare ancora di incidenti in motorino ha senso in quanto ci si propone di sensibilizzare le strutture competenti affinché facciano rispettare una legge dello Stato che tutela la salute di migliaia di ragazzi: l'uso obbligatorio del casco. È altresì noto che le dimensioni del

problema sono estremamente diverse nelle varie regioni d'Italia: in quelle meridionali la norma sull'uso del casco viene ampiamente disattesa, così come quella delle cinture di sicurezza in auto.

Dunque è necessaria un'azione capillare presso i vari comuni per ottenere il rispetto di una norma che può salvare tante vite umane. Moto e motorini producono ogni anno in Italia 1.500 morti. La grande maggioranza di questi ragazzi ha un'età compresa fra i 14 e i 18 anni e la causa di morte è generalmente il trauma cranico. Il numero dei motorini è pari o quasi al numero dei motoveicoli. La nostra legislazione è molto permissiva e per guidare un motorino non richiede idoneità fisica, né attitudine alla guida. Spesso queste capacità mancano e anche il buon senso non è caratteristica di quest'età.

A differenza delle automobili, il motorino non dà alcun tipo di protezione e, in seguito all'urto, il conducente viene sbalzato, battendo la testa a terra. I traumi cranici sono responsabili della mortalità e dei danni neurologici permanenti; inoltre bisogna considerare che, siccome vengono enumerati tra i morti per incidente, solo quelli deceduti subito, ed entro una settimana (1), in realtà il numero complessivo di morti, va aumentato del 25%, visto che anche dopo tale periodo si muore per le conseguenze del trauma.

Anche per le sequele permanenti c'è una sottostima che si aggira tra il 30% ed il 60% (2). L'incidente stradale e soprattutto quello in motorino, è un tipo di incidente più di altri suscettibile di prevenzione. Uno studio fatto nei comuni di Udine, Pordenone e Trieste (3), atto a evidenziare le cause di morte per incidente nelle diverse età, ha mostrato che, in tutte le fasce di età, il numero maggiore di morti è causato dagli incidenti stradali. Un altro studio (4) che riporta i dati forniti dall'Istituto Centrale di Statistica, sottolinea che i tassi di morte per incidente da traffico in Italia, sono sempre superiori a quelli svedesi con differenze grosse, soprattutto nelle fasce di età 1-4 anni e 15-24 anni. In Svezia infatti, la legislazione riduce i fattori di rischio, imponendo seggiolini di sicurezza per i piccoli e casco di protezione per gli adolescenti. La regione Lombardia nel 1980 riferiva che su 140 sog-

getti deceduti per trauma cranico, ben 60 erano conducenti di ciclomotori o motocicli e 13 erano trasportati su tali veicoli. Siccome l'efficacia del casco è di circa il 70%, si può stimare che di questi 73 decessi, se ne sarebbero potuti evitare 51. In tutti i paesi dove è stato introdotto l'uso obbligatorio del casco di protezione per i conducenti di motorini, si è assistito a una netta diminuzione della mortalità e morbosità legata a incidenti sui veicoli a due ruote. In uno studio epidemiologico (5) effettuato negli Stati Uniti nella metà degli anni settanta, quando fu varato l'obbligo del casco durante la guida dei motocicli, si evidenziò come la mortalità relativa si riducesse di circa il 30%. Il livello d'uso fu di circa il 95% (si partiva già dal 50% in assenza di obbligatorietà). Alcuni gruppi criticarono tale obbligatorietà, adducendo problemi di libertà personale e di pericolosità del casco, e in base a ciò fu data libera scelta nella regolamentazione ai singoli Stati. I risultati furono tragici negli Stati che eliminarono l'obbligo del casco e si ebbe un aumento della mortalità mediamente del 40% associato a un calo dell'uso del casco con livelli inferiori al 60%. I problemi sollevati dai contestatori dell'obbligo del casco sono infondati. Il primo problema di libertà personale che dichiara che il rischio è solo del conducente, è contraddetto dai fatti. Chi ha un incidente impegna il Servizio Sanitario Nazionale per il trasporto, le cure a lungo termine, l'approvvigionamento di sangue le cui scorte sono sempre limitate, pesa economicamente e psicologicamente sulla famiglia e sulla società, e tutto ciò non è un fatto privato. Il secondo problema sollevato è che il casco riduce i traumi del capo e aumenta quelli del collo. L'American Medical Association già nel '77 ha dimostrato che non esistono prove epidemiologiche sicure in proposito e, uno studio biomeccanico mirato che simulava situazioni, con e senza casco, per misurare le forze che agiscono sulla testa e sul collo, ha evidenziato che l'uso del casco riduce le forze agenti sia sul capo che sul collo. Il terzo problema riguarda la riduzione del campo visivo e la percezione dei rumori: i caschi omologati garantiscono un campo visivo di 210° e studi effettuati dalla National High-Way Traffic



Safety Administration hanno mostrato che i rumori che riescono a superare il frastuono prodotto dalla moto stessa, oltrepassano anche la barriera del casco. Il disegno di legge presentato alle camere nel giugno '84, prevedeva l'obbligo del casco protettivo conforme ad un tipo omologato dal Ministero dei trasporti. Tale obbligo era imposto ai conducenti e passeggeri di motocicli con cilindrata superiore a 125 cc e ai conducenti e passeggeri di motocicli con cilindrata fino a 125 cc, di età inferiore ai 18 anni. Nel gennaio '85, più di 700 pediatri sottoscrissero attraverso la rivista *Medico & Bambino*, una petizione per richiedere l'entrata in vigore della legge e quindi ridurre efficacemente e senza aggravio di spese la mortalità pediatrica nella fascia adolescenziale. Dopo molti anni, finalmente la legge è entrata a far parte del nuovo codice stradale: Art. 171 comma I e II del 1/1/93. Ma, paradossalmente, a distanza di qualche anno, non si osservano i vantaggi sperati perché tale norma viene ampiamente disattesa. I ragazzi continuano a girare senza casco e quindi senza alcuna protezione, nel traffico urbano e non. Spesso adottano comportamenti altamente rischiosi come nelle grandi città, dove in rapporto alle ridotte dimensioni del loro veicolo, effettuano delle vere acrobazie ai limiti del possibile. Se non si cerca di modificare la cultura e anche la "moda", tutto continua a rimanere immobile. I giovani amano adeguarsi agli altri, scegliendo i medesimi stili di vita. Può anche capitare che qualcuno, scegliendo autonomamente di indossare il casco, diventi un diverso e in qualche modo venga emarginato dal gruppo. È necessario che le autorità competenti e quindi i sindaci, cui fa capo la polizia urbana, facciano attuare la norma: ciò anche promuovendo campagne di sensibilizzazione sui giovani che illustrino gli effetti protettivi e non punitivi della norma stessa. La proposta per i pediatri è quella di mobilitarsi di nuovo, dopo dieci anni, non solo con campagne di informazione-sensibilizzazione rivolte alle famiglie (locandine nelle sale di attesa) e al mondo della scuola ma anche cooperando attivamente con gli organi competenti affinché le norme vengano rispettate allo stesso modo su tutto il territorio nazionale con la speran-

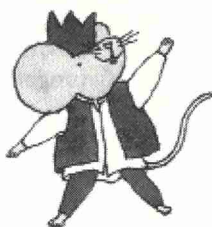
za di ridurre il numero di "vittime sacrificate" immolate ogni anno inutilmente. Fare il pediatra vuol dire anche questo.

Lucia Amato

Divisione di Pediatria, Ospedale di Castellammare, ASL 5, Napoli

#### Bibliografia

- 1) ISTAT-ACI, Statistica degli incidenti stradali XXXIX ROMA 1982
- 2) F. Taggi, F. Menniti Ippolito, Uso del casco di protezione. *Medico & Bambino* 1984; III n°1:46-49
- 3) A. Ventura, G. Simong, Riflessioni critiche sulla prevenzione degli incidenti nel bambino *Medico & Bambino* 1987; VI n°2:18-23
- 4) D. Baronciani et al, Gli incidenti in età pediatrica. Utilizzo dei dati correnti. *Medico & Bambino* 1987; VI n°2:24-31
- 5) G. S. Watson, P. L. Zaddon Wilks A., The repeal of helmet use laws an increased motorcyclist mortality in the United States. 1975-1978 A. J. *Pubb. Health* 1980; 70:579



## IL "PARTICOLARE"

L'ACP non è il meglio, ma ha provato ad esserlo. Per lo meno - come dice Biasini nell'ultimo editoriale del numero 5 - ha cercato di mettere al primo posto i problemi dei bambini e solo dopo quelli dei pediatri. Ha, abbiamo, cercato di costruire una cultura che mettesse al centro la salute del bambino e la sua crescita, al di là della sua appartenenza sociale e del luogo di nascita. Ha speso tempo, energie, uomini. Eppure sembra che la "storia" sia più forte; la storia in cui più contano il mercato, il denaro, le corporazioni, l'egoismo, la competizione della concertazione, del servizio e della comunità. Non c'è associazione di professionisti, in Italia, che non anteponga i "propri valori" al resto (il "particolare" di N. Machiavelli). I contratti sono lo strumento per questa filosofia e quelli siglati da medici o da pediatri non fanno eccezione.

Così abbiamo assistenza sempre costosa e di qualità scadente e frammentata. Tanto

più nei luoghi più disagiati. L'ACP predica al vento? Fuori dal tempo? Razza in estinzione? Profeti disarmati? Che fare per farsi ascoltare? Che ci voglia qualcosa di "forte", "provocatorio"? Un pamphlet alla don Milani per esempio capace di smascherare l'ipocrisia dilagante?

Forse ognuno di noi ha, in realtà, qualcosa da difendere o forse tutti soffriamo di utopie nostalgiche e inutili.

Francesco Ciotti

U.O. Materno-Infantile AUSL Cesena

## I TUMORI INFANTILI IN ITALIA

Nel leggere il n°4 /1996 di Quaderni ACP mi sono imbattuto in uno *short* della rubrica leggere & fare. Oltre a riferire del contenuto della lettera di Lavecchia et al, su *Lancet* viene esplicitato un invito agli esperti perché ragionino sui dati.

Le invio, perciò copia della lettera riportata da *Lancet* nella quale noi abbiamo voluto rispondere in maniera ragionata alla lettera di Lavecchia et al per mantenere vivo un dibattito di particolare interesse noi.

Andrea Pession

Clinica pediatrica 3<sup>a</sup> Bologna

*Ringraziamo anzitutto l'amico Pession per l'attenzione con cui legge Quaderni. La lettera cui fa riferimento è firmata da Pession, Masera e Terracini ed è pubblicata su Lancet del 17 agosto. Era, naturalmente, pronto anche per lei uno short di Quaderni. Dicono gli oncologi italiani che una ricerca condotta sulle cause di morte determinate attraverso i certificati ISTAT è strumento di non accertata affidabilità e noi non possiamo che concordare con loro.*

*Essi aggiungono poi che ci sono, invece, raccolte di dati nazionali e regionali che registrano una sopravvivenza di bambini italiani con leucemia e tumori che, confrontati con quelli di altri paesi, danno per l'Italia un risultato che può essere ritenuto molto soddisfacente. Rimandiamo per i valori numerici alla lettera di Lancet (1996;348:473).*

Associazione Culturale Pediatri - Medico & Bambino  
**PENULTIMO (XIX) INCONTRO  
TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI  
MERIDIONALI**

**Copanello, Hotel "Villaggio Guglielmo" di  
Copanello (Catanzaro) 2, 3, 4 Maggio 1997**

**Argomenti:**

- Cos'è la memoria *De Renzi*
- Quanti raggi prende un bambino? *Brizzi*
- La bronchite *Panizon*

**Tavola rotonda:** Il mercato della salute - *Donzelli, Spinsanti, Tosolini*; coordina *Panizon*

- È vietato *Vignuda*
- I bisogni dell'adolescente (biologici e non) *Vullo*
- Riconoscere e prendersi cura del malato con fibrosi cistica *D'Andrea, Varano*
- Le dimissioni precoci del neonato e il p. di famiglia *Corchia*
- Novità in dermatologia pediatrica *Bonifazi*
- La filosofia della riabilitazione *Ferrari*
- Tre problemi di confine: il criptorchidismo, la fimosi, il varicocele *Guglielmi, Vullo*
- Asma e allergia: i trucchi del mestiere *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 & Marolla*; Le micosi cutanee, *Bonifazi*; L'orticaria, *Panizon*; I DRG: questi nemici? *Tosolini*

**Informazioni:** Teresa Codamo, Pasquale Alcaro  
tel. 0967/5339223 - 0967/539237; fax 0967/21525

**Quota di partecipazione:** lire 150.000 (se perviene entro il 19 Aprile), di lire 220.000 (successivamente al 19 Aprile); essa dà diritto a tre colazioni di lavoro e per gli accompagnatori di fatto solo a queste. La quota per gli accompagnatori è di lire 80.000. Il costo della cena sociale è di lire 50.000

ISAS seminars international  
**INTERNATIONAL CONFERENCE  
ON "PEDIATRICS  
IN THE COMMUNITY 2000"**

**Gerusalemme 6-10 luglio 1997**

**Informazioni:** ISAS International Seminars, PO Box 34001,  
Jerusalem 91340, Israel.

Tel +972 2 6520 574. Fax +972 2 6520 588.

E-mail: [isas@nhetvision.net.il](mailto:isas@nhetvision.net.il).

Abstracts fra 150 e 250 parole entro il 1° febbraio 1997

Associazione Culturale Pediatri - AUSL Cesena  
**COMUNITÀ E SALUTE  
DEL BAMBINO**

**EUROPA E ITALIA A CONFRONTO**

Incontro europeo di pediatria di comunità per il settecentesimo anniversario della fondazione degli ospedali di Cesena

**Cesena, Palazzo del Ridotto 24 e 25 maggio 1997**

**Sabato 24 maggio**

- L'epidemiologia delle malattie infantili nel medio evo *G. Cerasoli, Cesena*
- L'approccio comunitario alla tutela della salute del bambino introduzione *G. Tamburlini* (centro collaborativo OMS, Trieste)
- **Il panorama europeo** - Rapporti di: *David Hull*, (Università di Nottingham, Gran Bretagna) *Gianfranco Domenighetti* (Dipartimento opere sociali, Bellinzona, Svizzera) *Mario Cordeiro*, (Commissione Infanzia, Ministero Sanità, Portogallo) *Viviana Mangiaterra* (referente materno-infantile OMS, Copenaghen)
- **Il contesto italiano** - *Nicola Falcitelli* (Dirigente generale programmazione, Ministero Sanità), *Paolo Onelli* (Responsabile progetto infanzia, Ministero Solidarietà sociale), *Francesco Taroni* (Direttore generale assessorato sanità Regione Emilia Romagna).

**Esperienze e modelli organizzativi:**

- L'indagine nazionale ACP (*R. Buzzetti, Bergamo*)
- Il "contenitore organizzativo" (*G. Biasini, Cesena*)
- L'osservatorio epidemiologico (*P. Facchin, Padova*)

**Domenica 25 maggio**

**L'organizzazione locale degli interventi:**

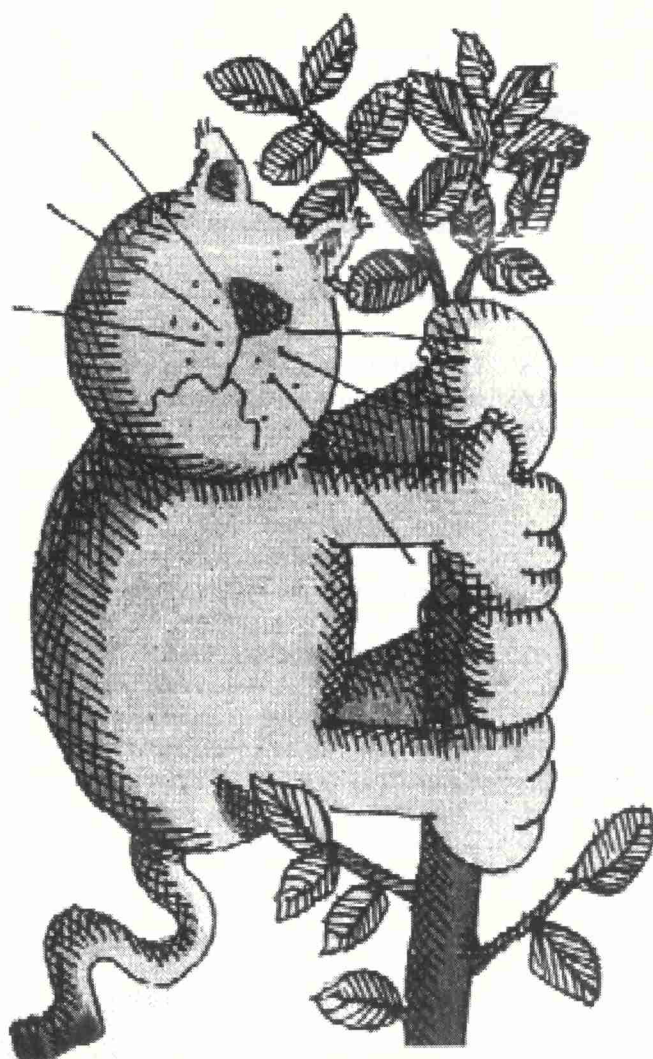
- La sorveglianza clinica: screening e bilanci di salute (*M. Farneti, Cesena*)
- Le strategie vaccinali (*M. Grandolfo, Ist. Superiore Sanità*)
- Pediatri e ambiente: un esempio di urbanistica partecipata (*C. Rossetti, Perugia*)
- **I bambini con bisogni speciali:**
- L'handicap (*F. Ciotti, Cesena*)
- La malattia cronica nel cosiddetto "bambino distante" (*G. Masera, Milano*)
- La salute dell'adolescente (*gruppo di studio Associazione Culturale Pediatri*)
- Il rischio sociale (*D. Natoli, assess. provinciale Palermo; S. Fedele*)
- Le minoranze etniche (Ass. volontariato "Naga", Milano)

**La promozione della salute nell'adolescente:**

- I sistemi organizzativi (*G. Perri, Catanzaro*)
- Il lavoro nel gruppo dei pari (*R. Ovallesco, Castell. di Stabia*)

**Informazioni:** Luigi Acerbi, ospedale Melegnano tel. 02/98051 fax 02/98052621, Antonella Brunelli, ospedale Cesena tel. 0547/352841, fax 0547/352837; Email: [gibia@cassn.unibo.it](mailto:gibia@cassn.unibo.it)  
URL: <http://www.americaninternet.com/acp/cesena.htm>  
**Segreteria organizzativa:** Adria Congrex Rimini 0541/56404 fax 0541 56460

# ausili didattici



all'interno:

- *Leggere & fare*  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- *Bilanci di salute*  
Visita a 2-3 mesi
- *Informazioni per genitori e pazienti*  
Enuresi: istruzioni per i genitori  
Cosa fare in caso di laringite
- *Abc in pratica*  
Procedure diagnostico terapeutiche  
per occhio, naso e orecchio
- *Un po' per gioco*  
Scrivere il curriculum

# L'applicabilità delle linee guida

a cura della redazione

*In un recente articolo di Pediatrics sta scritto che le linee guida nella pratica medica stanno diventando non solo di moda ma "pervasive" anche per affezioni di entità modesta come l'otite media con effusione o per pratiche poco protocollabili come la dimissione dei neonati di basso peso. Tanto più l'oggetto è poco protocollabile, tanto più la linea guida rischia di essere arbitraria. Ogni linea guida impone, peraltro, dei limiti alla "libertà" del malato e della sua famiglia e questa è cosa che deve essere sempre tenuta presente. Ed infine tutti sanno che, in tutto il mondo, è in atto un tentativo di "protocollare" la pratica medica allo scopo di effettuare dei risparmi di spesa. Sembra, pertanto, necessaria una capacità sempre maggiore, da parte del medico, di guardare dentro la sostanza delle linee guida in modo da separare il grano dal loglio. Delle linee guida occorre anzitutto guardare la fondatezza relativamente alla evidence based medicine, alla loro fattibilità, alla loro economicità e ai loro rischi professionali e per il malato. Diamo qui alcuni criteri di valutazione circa i parametri che abbiamo sopra delineato.*

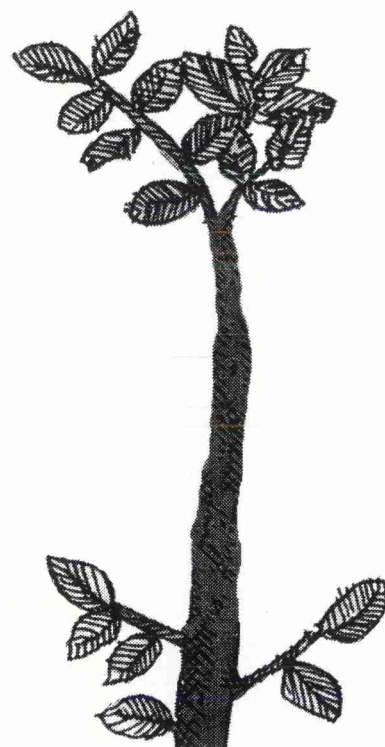
## 1. Fondatezza delle linee guida relativamente alle prove e alle evidenze

- Il problema clinico presentato deve essere ben definito (*ad. es. deve esserci una precisa classificazione della epilessia presentata dal b.*) e di qualche peso;
- le decisioni che si devono prendere devono essere chiaramente definite dalla linea guida (*se fare o non fare una RMN*);
- le linee guida devono essere chiare e indiscutibili per la loro derivazione (*possono derivare - in ordine di importanza e di rilevanza - da clinical trials randomizzati, da metanalisi, opinioni di esperti, esperienze "storiche"*). Il peso della derivazione va adeguatamente valutato;
- devono essere previsti eventi particolari comuni a verificarsi nel corso dell'attuazione delle linee e dev'esserci un processo logico per scegliere in caso di differenti condizioni anche durante il percorso (*quante probabilità vi sono che un b non risponda a un farmaco o abbia un risultato di un esame equivoco; e cosa fare in questo caso*);
- devono percorrere fino in fondo l'iter della patologia del bambino (*quando sospendere la terapia, in base a quali risposte, etc*);
- devono prevedere condizioni intermedie che consentano di uscire o deviare dalle linee guida (*se il b non risponde al trattamento che fare?*);
- si dovrebbero conoscere gli effetti secondari **vicini e remoti** (questi ultimi quasi mai lo sono) connessi con il trattamento.

## 2. Fattibilità delle linee guida nel caso singolo

- Ci devono essere indicazioni pratiche sufficientemente applicabili al caso (*se vi sono controlli frequenti, il b. è in grado di accedervi?*);
- le cure suggerite devono essere comprensibili da parte della famiglia (*se il protocollo prevede norme che la famiglia deve leggere - come per le convulsioni febbrili - questa deve essere correttamente alfabetizzata*);

- dev'esserne comprensibile il beneficio atteso (*la famiglia deve sapere che il diazepam rettale serve solo a far finire la convulsione di quella volta*);
- le linee guida devono essere compatibili con le risorse disponibili; se le risorse non sono disponibili inutile "provarci lo stesso" (*inutile prevedere la fisioterapia quotidiana per un b. che abita >20 km dalla sede di lavoro della fisioterapista*);
- il malato (e la famiglia) deve vivere la cura non come una costrizione ma come un modo per uscire dalla malattia o assicurare una condizione migliore nel futuro (*la qualità della vita da adulto del diabetico è certamente migliore con un buon controllo della malattia*);



- dev'esserci la sicurezza dell'applicabilità anche di quella parte delle linee che non dipendono direttamente da chi le sceglie (servizi sanitari, sociali, etc);  
 - l'uso delle tecnologie dev'essere assicurato o comunque devono essere suggerite strade alternative (*difficile progettare un esame Spect in una sede che non ce l'ha*);

### 3. Economicità/benefici delle linee guida

- Il beneficio dev'essere ottenibile con risorse materiali e personali compatibili con la beneficialità del risultato (*il trattamento di una epilessia non può avvenire a spese del profitto scolastico*);  
 - deve esistere una non eccessiva variabilità nel risultato ottenibile (*fra trattati e controlli deve esserci una "significativa significatività"*);  
 - dev'esserci un rapporto accettabile fra il disturbo provocato dalle cure e i benefici attesi (*difficile aumentare continuamente il numero delle iniezioni di insulina in caso di diabete instabile*);

- l'obiettivo delle cure dev'essere adeguato al risultato atteso **dal paziente** (*il celiaco è contento di non essere più magro, ma deve potere andare in pizzeria insieme ai coetanei pur facendosi preparare una napoletana gluten free*);

- l'obiettivo delle cure non dev'essere apprezzabile **solo dal medico** quasi "in vitro" (*non basta la negativizzazione degli EMA per dire ad un celiaco "stai meglio"*);

- il problema del costo di una linea guida può essere reso trascurabile solo da una chiara dimostrazione di beneficialità (vedasi punto 1);

- linee guida **amministrative**, basate fondamentalmente sulla richiesta della riduzione dei costi, devono essere valutate con particolare severità, non relativamente alla lesione di autonomia della decisione del medico, ma alla lesione di autonomia nella valutazione della **best practice**.

### 4. Rischi delle linee guida

1. Il malato e la famiglia devono essere

consapevoli e accettare il rischio (ogni rischio, anche quello sul profitto scolastico o sulla vita sociale) che c'è nella cura (*un trattamento cortisonico prolungato suggerisce di non frequentare amici anche solo febbrili; l'adozione di una dieta per celiaci impone sofferenze alimentari*);

2. le linee guida - che sono nate anche a garanzia esculpatoria del medico - devono essere sufficientemente solide da reggere a contestazione in caso di risultato indesiderabile (*le linee guida dell'American Academy of Pediatrics lo sono, ma non bisogna dimenticare che per problemi analoghi - ad es. per l'infezione in gravidanza da streptococco di gruppo B - ci sono linee diverse dell'AAP e dell'American College of Obstetrics & Gynecology*).

*Bibliografia consultata:*  
 JAMA 1995;274:570  
 Pediatrics 1997;99:106

## LA PARALISI CEREBRALE INFANTILE

Andamento della prevalenza in Svezia

**Obiettivi** L'obiettivo della ricerca, e dell'attività dei coniugi Hagberg, è quello di seguire nel tempo (dal 1954 in poi) l'andamento della prevalenza delle paralisi cerebrali in Svezia. Ciò allo scopo di comprendere l'influenza che sul destino neurologico dei bambini che sopravvivono hanno avuto, e hanno, le modificazioni nel trattamento del neonato di basso peso e del neonato con problemi. In particolare gli Hagberg si pongono il problema se l'aumentata sopravvivenza dei neonati con problemi ha avuto delle conseguenze *misurabili* sulla entità degli handicap (paralisi cerebrali, problemi di vista, di udito, etc.) che sono "caricati" sulla popolazione infantile.

**Metodi** Il lavoro si riferisce al periodo

1987/90. È stato registrato il destino neurologico dei 91.542 nati da una popolazione di 1.700.000 abitanti delle contee della "Western Health Region" della Svezia. Nel periodo considerato la mortalità perinatale (MP) è stata del 5.6/1000 nati (nel 1954, anno d'inizio della registrazione, la MP era stata del 29/1000). Il tasso dei pretermine fra il 1973 e il 1990 è stato del 5.6/100 ed il tasso dei neonati di basso peso è stato del 4.7/100. Sono stati controllati i bb con PCI nati nel periodo 1987/90. Le eziologie della PCI sono state classificate come: prenatali (infezioni, malformazioni, ereditarietà, lesioni cerebrali fetali), peri/neonatali, postnatali.

**Risultati** La prevalenza delle PCI nel periodo studiato nella popolazione infantile è stata di 2.36/1000 nati vivi. Le PCI di 10 bb avevano una ovvia origine postnatale e questi sono stati tolti dal calcolo. Sono rimasti 206 bambini con PCI prenatali o peri/neonatali pari, per l'appunto, a 2.3/1000. Quanto all'età gestazionale (EG) di questi bb con PCI:

1) 90 (44%) di questi 206 erano pretermine,  
 2) 116 (56%) erano a termine.

La maggior parte dei bb con PCI deriva perciò da nascite a termine che sono ovviamente percentualmente le più numerose. Dei 90 pretermine: 20 (10% del totale) avevano una EG di <28 settimane, 32 (16% del totale) fra 28 e 31 settimane, 38 (18% del totale) fra 32 e 36 settimane. La maggior parte dei bb con PCI deriva quindi da nascite fra la 28<sup>a</sup> e la 36<sup>a</sup> settimana che sono ovviamente fra quelle pretermine le più numerose. Se invece che l'EG si prende in esame il peso neonatale si ha una situazione leggermente diversa: 86 (42%) erano di basso peso e 120 (58%) di peso normale. Degli 86 neonati di basso peso 12 (6% del totale) avevano un peso <1000 g., 29 (14%) un peso fra 1000 e 1499, 45 (22%) un peso fra 1500 e 2500. Il dato di maggiore importanza è però il rapporto fra EG o peso e prevalenza di PCI. La prevalenza della PCI a seconda della EG e del peso per 1000 nati vivi è riassunta nella *tabella* che si commenta da sola: il maggior rischio è sotto la 31<sup>a</sup> settimana e sotto i 1500 grammi.

L'etiologia delle PCI è stata più spesso peri/neonatale nei pretermine, più spesso prenatale nei nati a termine come da qui risulta.

- Certamente prenatale: nel 22% (nell'8% dei pretermine; nel 33% dei nati a termine);

- Quasi certamente peri/neonatale: nel 40% (nel 54% nei pretermine; nel 28% nei nati a termine).

- Incerta nel 38%

Quanto all'eziologia prenatale:

- 1) il 44% aveva natura malformativa,
- 2) il 15% originava da lesioni emorragiche e/o ostruttive,
- 3) il 4.4% aveva natura genetica,
- 4) il 2.2% infettiva.

**Conclusioni** Il rapporto pubblicato è il 7° e il registro ora comprende 1408 casi dal 1954 al 1990. Questo degli Hagberg è il solo rapporto che copra un periodo così lungo, con una casistica suddivisa per EG. Gli AA commentano così l'andamento delle PCI in Svezia.

Nella prima "era" - 1954/70 - si rileva un decremento dovuto all'introduzione delle nuove routine (correzione dell'acidosi, dell'ipoglicemia, aumento della nutrizione). Si ha così una caduta della mortalità e delle PCI.

Nella seconda "era" - 1970/82 - vi è un trend delle PCI in ascesa che corrisponde all'introduzione delle cure intensive e alla diminuzione della mortalità perinatale; un reperto epidemiologico simile viene riferito in Australia.

La terza "era" è quella 1983/90. Cessa l'aumento delle PCI nei pretermine, diminuisce nei nati a termine. Un reperto simile è riferito in Australia e in Germania. In Australia vi è diminuzione delle PCI nei nati di 1500/2000 g. e in Germania nei nati di 1500/2500 g. anche se il dato non

raggiunge significatività statistica. Che ci sia, comunque, un rapporto fra andamento della mortalità e prevalenza degli handicap è provato. Quando la mortalità perinatale scende sotto il 15-20/1000 nati vivi si corre il rischio di un aumento della prevalenza delle PCI.

Un certo timore aveva cagionato l'aumento delle PCI nei nati a termine del periodo 1983/86. Quando a questo dato venga aggiunto quello del periodo successivo il fenomeno si appiattisce. Un trend in leggero aumento dal 1954 a oggi non sembra potere essere smentito e la interpretazione degli Hagberg non muta: "*in part may be explained by an increase in the survival of children with severe brain damage and in part by a general increase in life expectancy for all type of severely disabled children*". Questi "si accumulano" e danno un effetto massa nella popolazione generale. Gli AA concludono che per questo gruppo piccolo, ma in aumento, di disabili la collettività deve assumersi la responsabilità di far fronte ai bisogni loro e delle loro famiglie.

**Commento** Abbiamo "consumato" molto spazio di questa rubrica recensendo il lavoro degli Hagberg per due motivi. Il primo: perché i lettori abbiano la percezione di quanto possa far capire i problemi l'epidemiologia, e di quanto si possa capire poco senza di essa; e anche perché si rendano conto per quale motivo l'ACP insiste con i corsi di preparazione epidemiologica per i pediatri. Senza questo strumento siamo tutti quasi ciechi. Il secondo motivo è perché continui fra di noi questa riflessione sugli interventi invasivi e sull'uso delle tecnologie, perché per il futuro si facciano solo le cose che sicuramente sono "evidence based". La relazione di Orzalesi al congresso ACP

di Verona è stato un chiaro esempio in questo ambito di riflessione.

**Parole chiave** LBW, epidemiologia, fattori di rischio, handicap, terapia intensiva neonatale, monitoraggio, PCI.

Hagberg B., Acta Paediatr. 1996;85:954

## PERTOSSE E PARKINSON

Un motivo di più per vaccinare?

**Obiettivi** Confermare o meno alcune (pochissime) ricerche che stabiliscono un legame fra epidemie di pertosse (P) e aumento a lungo termine dei casi di Malattia di Parkinson (MP).

**Metodi** Per stabilire il rapporto fra grandi epidemie di P e MP:

- 1) sono state calcolate l'incidenza cumulativa di MP durante il periodo 1954-1963 in più coorti islandesi nate fra il 1869 e il 1927 usando registri di buona attendibilità;
- 2) sono state identificate le maggiori epidemie di P in Islanda dal 1870;
- 3) sono state stimate le età della coorte nei periodi di grandi epidemie di P;
- 4) le informazioni sono state combinate usando un modello log. lineare. In aggiunta sono stati studiati i consumi di levodopa e la prevalenza dei consumatori del prodotto. Si tenga conto che in Islanda la prima grande epidemia di P studiata è quella del 1870, seguita da quella del 1880.

**Risultati** L'aspetto grafico della figura ottenuta è una curva che mette in relazione le grandi epidemie con la susseguente crescita dei casi di MP e che dimostra un rapporto fra i due eventi. Il rischio di MP aumenta in quelle coorti che hanno incontrato una grande epidemia in età infantile con un andamento lineare. L'aumento di prevalenza è più alto per le coorti che sono nate quattro anni prima l'inizio di una grande epidemia: per queste il RR è di

Età gestaz. (settimane)	Prevalenza pci (1000 nati vivi)	Peso	Prevalenza pci (1000 nati vivi)
<28	80.32	<1000	56.6
28-31	53.51	1000-1499	68.3
32-36	7.8	1500-2500	13.9
>36	1.8	>2500	1.4

1.70 (1-2.68). Confermerebbe il rapporto il maggior consumo di levodopa nelle stesse coorti. Il rapporto fra P e MP deriverebbe dal fatto che la tossina pertussica ha una sicura tossicità neuronale e, negli ultimi anni, è stata dimostrata una sua attività sulla funzione dopaminergica. Tossina pertussica iniettata intracerebralmente nei ratti induce un deficit motorio persistente che insorge dopo alcune settimane.

**Conclusioni** Questi risultati sono consistenti con un rischio maggiore di MP per quelle popolazioni che hanno incontrato la bordetella in età infantile rispetto a quelle che l'hanno incontrata in età più matura.

**Commento** Il lavoro è un po' difficile da leggere, ma lo consigliamo vivamente perché si possa capire che cosa possa fare la statistica in una nazione che abbia conservato documentazione degli eventi della salute per oltre 100 anni. Forse, in un paese come questo, la statistica diventa il mezzo più potente di ricerca. Del resto in un ambito di ricerca come questo in cui fra l'evento etiologico e la malattia intercorrono alcune decadi non v'è altra possibilità di indagine. Se la "notizia" fosse confermata da altre ricerche questa sarebbe veramente una tappa sconvolgente nella lotta contro una delle più drammatiche inabilità della vecchiaia.

**Parole chiave** Pertosse, Parkinson's Disease

*J. De Pedro-Cuesta, G. Gudmunsson, V. Abaira et al. Whooping Cough and Parkinson's Disease. Int. J. Epidemiology 1996;25:1301*

## short

### TELEFONO CELLULARE E CRUSH

L'uso del telefono cellulare usato in automobile è associato con la quadruplicazione dei (RR: 4.3) dei rischi di collisione durante il periodo anche molto breve di una chiamata. Il dato è emerso da una

indagine condotta a Toronto che ha interessato 27.000 chiamate fatte da telefono cellulare in un periodo di 14 mesi. Il rischio non è collegato né all'età del guidatore, né alla sua esperienza di guida. D'altra parte il 33% dei guidatori chiamò il 118 dopo l'incidente a dimostrazione che ad avere un cellulare a bordo dopo un incidente dà anche qualche vantaggio.

**Parole chiave** Incidenti, Telefono cellulare

*D. A. Redelmeier, Association between cellular telephone calls and motor vehicle collision. N.E.J.M. 1997;336:453*

### I GENITORI INFLUISCONO SULLE SCELTE TV DEI BAMBINI

**Obiettivi** L'obiettivo della ricerca è quello di valutare la situazione italiana dell'uso della TV da parte dei bambini e sulla capacità dei genitori di influenzare le scelte di programmi TV da parte dei figli dopo analoghe ricerche in USA e Canada.

**Metodi** Si tratta di uno studio descrittivo eseguito da una unità di pediatria di comunità basato su questionari autosomministrati da genitori di 156 bb residenti nei dintorni di Padova città del favoloso Nord Est italiano. Età dei bambini: 26% di 2-3 anni, 35% di 4-5 anni, 29% di 6-8 anni. Livello di istruzione dei genitori: laureati il 34% dei padri ed il 28% delle madri.

**Risultati** Il 9% dei bb vede la TV per più di tre ore al giorno, il 50% da 1 a 3 ore. I più accaniti teleudenti sono i bb da 6 a 8 anni: il 22% la vede per più di tre ore. Il 46% dei bb vede cartoni animati non consigliabili, il 26% film per adulti, il 50% spettacoli di varietà, il 10% soap opera, l'87% cartoni consigliabili, il 74% film per bambini. Il telecomando è sempre, o quasi sempre, in mano ai bambini nel 37% dei casi. Il più frequente rapporto dei genitori con i bambini, riguardo alla TV, concerne le proibizioni, mentre lo scambio di idee sui programmi è assai modesto: "sempre" nell'8% dei casi, "talo-

ra" nel 22% dei casi. Il livello di istruzione alto dei genitori ha una forte influenza (Odd ratio 3.1) sulla scelta dei programmi, il livello professionale ne ha di meno; l'Odd ratio è di 1.01. L'attenzione dei genitori alla qualità dei programmi (genitori che "capiscono di televisione") influenza significativamente (Odd ratio 2.58) il modo con cui i bb vedono i programmi.

**Conclusioni** Lo studio dimostra che il livello di istruzione e le "competenze televisive" dei genitori influenzano l'uso della TV da parte dei figli.

**Commento** Si tratta di un problema assai importante e sul quale la stampa italiana e gli intellettuali hanno espresso opinioni spesso discordi e spesso raffazzonate. La chiesa cattolica (e recentemente anche il Papa) hanno fatto dichiarazioni che non sono andate al di là delle parole. Mediaset ha contrassegnato con bamboccini colorati i programmi per orientare i genitori e si è trattato di iniziativa lodevole. Purtroppo i bamboccini compaiono solo nelle ore serali e per i film; i "cartoni cattivi" non hanno segnalazione alcuna; inoltre la pubblicità dei film per adulti e adultissimi non ha, neanche lei, alcun contrassegno. Va però detto che comunque non c'è stata alcuna iniziativa educativa per i genitori impostata su larga scala. Dichiarazioni come "la TV corrompe i bambini" comparse sulla stampa quotidiana con il loro clamore sono destinate a lasciare le cose come stanno. Lo studio padovano dimostra chiaramente che gran parte dell'educazione all'uso degli spettacoli è nelle mani dei genitori. Abbastanza per avviare qualcosa di concreto. Anche da parte dei pediatri.

**Parola chiave** Televisione

*C. Valerio, P. Amodio, M. Delzio et al., The use of television in 2-8 year old children and attitude of parents about this use. Arch. Ped. Adolesc. Med. 1997;151:22*

# Visita a 2-3 mesi

Giancarlo Cerasoli

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

*In questa visita il pediatra ha la possibilità di constatare il grado di adattamento del nucleo familiare al nuovo nato. In questa epoca infatti il lattante è capace di interagire maggiormente con l'ambiente e di comunicare in modo più efficace con i genitori. Molto spazio sarà dedicato alla informazione sulle vaccinazioni obbligatorie e facoltative il cui inizio è imminente.*

## Anamnesi

*Domande che debbono essere rivolte ai genitori selezionando quelle più pertinenti*

- Come sta il bambino? Come sta crescendo?
- Dall'ultima visita si sono verificati eventi inaspettati, stressanti, critici, o malattie nella famiglia?
- Avete ripreso a lavorare fuori casa o pensate di tornare al lavoro tra poco?
- Come è stato il bambino in questi giorni?
- Chi si prende cura di lui quando lei (o suo marito o gli altri) uscite di casa?
- A chi si rivolge se ha bisogno di un aiuto nell'accudire il bambino?
- Che cosa vi dà più soddisfazione nella crescita del bambino?
- Riuscite a capire bene di cosa ha bisogno oppure qualche volta vi è difficile capire ciò che vuole?

*Se è allattato al seno:*

- Come procede l'allattamento?
- Quante volte al giorno e per quanto tempo lo allattate?
- Avete trovato delle difficoltà?

*Se è allattato al biberon:*

- Come procede l'alimentazione?
- Quante volte al giorno gli date il biberon?
- Quanto latte prende a ogni pasto?
- Avete trovato delle difficoltà nell'alimentarlo?
- Quando lo allattate vi sembra soddisfatto?
- Quando pensate che si debbano introdurre nella sua alimentazione i cibi solidi?
- Quali nuove cose il bambino è capace di fare?
- Risponde agli stimoli sonori?
- Segue con lo sguardo gli oggetti a lui vicini?
- Riesce a dormire e a lasciarvi le ore sufficienti per riposarvi?
- Come vi comportate quando il bambino è agitato?
- Che cosa vi disturba e vi rende maggiormente frustrati?

## Osservazione del bambino e dei rapporti con i genitori

1. Ricorda che i lattanti di questa età di solito sono quieti, dormono regolarmente e possono essere facilmente consolati quando piangono. Mostrano attenzione verso gli stimoli visivi e sonori e possono essere attratti facilmente con appropriate stimolazioni visive, uditive e tattili.

A tre mesi molti mostrano già un chiaro interesse verso i genitori e coloro che si prendono cura di loro. Li guardano fissamente e rispondono alla loro voce o alle loro manipolazioni con il sorriso o con il gorgheggiamento. Quando i genitori sono presenti gli occhi del bambino "si accendono" ed egli dà calci e agita le braccia.

Alcuni bambini invece sono apatici e distaccati dall'ambiente, poco reattivi agli stimoli mostrando disinteresse verso i genitori e i presenti. Oppure possono essere ipereccebili e avere difficoltà a calmarsi. Possono essere facilmente distratti da rumori, stimoli tattili e movimenti.

*Ricorda ancora che, dal punto di vista dello sviluppo, un bambino di due mesi:*

- può tenere la testa diritta per alcuni minuti nella trazione da supino,
  - può afferrare un sonaglino,
  - può fissare un volto se è sul suo asse visivo e sorridere,
  - può vocalizzare.
- A 2-3 mesi è in grado di:
- tenere eretta la testa e sollevare il capo da prono,

- mantenere il controllo del capo,
- rotolare dalla posizione prona alla supina,
- giocare con le mani o un sonaglino,
- seguire genitori o oggetti a 15-30 cm

2. Esamina, anzitutto, l'interazione tra genitori e bambino basandoti sulle domande poste e sull'osservazione del loro comportamento, specialmente quando lo guardano, gli parlano, lo prendono in braccio, lo consolano o giocano con lui: alcuni genitori possono consolare i loro bambini con facilità usando le loro capacità intuiti-



ve ed empatiche. Sono capaci di incrementare la loro attenzione mediante una interazione socializzante e con oggetti stimolanti. Offrono l'opportunità al bambino di esplorare l'ambiente tramite la vista, l'udito, il tatto e il movimento: altri genitori invece possono essere distaccati dal bambino (agiscono meccanicamente, non gli parlano, non lo guardano e non gli sorridono). Altri possono essere disponibili con il bambino solo per brevi momenti o iperstimolanti o caotici o eccessivamente critici, severi, ansiosi o iperprotettivi.

3. Analizza poi il comportamento del bambino sia tramite l'osservazione diretta, sia mediante le informazioni fornite dai genitori.

- Dimostra ai genitori quello che il bambino è in grado di fare, facendo apprezzamenti positivi sul suo carattere e sulle sue abilità.

#### Esame obiettivo

Valuta i dati auxologici sui grafici percentili (altezza, peso, circonferenza cranica) e mostra la crescita ai genitori commentandola.

*Controlla attentamente:*

- l'ombelico, i testicoli e il pene, la vagina, il cuore e i polsi femorali, gli organi addominali,
- il riflesso retinico (rosso), la presenza di strabismo, dacriocistite, congiuntivite,
- la presenza di piedi metatarso-vari,
- la presenza di lussazione congenita delle

anche, con la manovra di Ortolani,

- la presenza di alterazioni neurologiche, anche di quelle dovute a scarsa stimolazione,
- la presenza di segni di maltrattamento o di trascuratezza,
- prendi in braccio il bambino e valuta la sua capacità di abbracciare,
- mostra come si deve interagire con un bambino che inizia a mostrare risposte alla socializzazione,
- valuta la presenza di controindicazioni (vere) alle vaccinazioni,
- compila la scheda di Milani-Comparetti.

#### Informazione sanitaria e guide anticipatorie

Rispondi alle domande dei genitori riguardanti i rilievi che più comunemente si fanno nella visita al lattante o che riguardano il secondo - terzo mese di vita. *Se non hai domande ricorda che le preoccupazioni più frequenti di questa età sono:*

- pianto eccessivo e inconsolabile,
- disturbi del sonno,
- coliche gassose,
- stipsi,
- arresto della crescita,
- scarsa reattività o imprevedibilità,
- pulizia della pelle e delle unghie: bagno, detergenti, pannolini,
- succhiamento del dito,
- febbre.

Riesamina però anche le domande che

abbiamo riassunto nel bilancio del neonato che possono essere prolungate anche a questa età (*Quaderni ACP 1996;3:37*).

#### Consigli sull'alimentazione

*Allattamento:* a due mesi il numero di poppate è normalmente di sei al giorno ma può facilmente scendere fino a cinque specie verso il terzo mese. Se sono necessarie sei poppate l'intervallo tra i pasti potrà essere di circa tre ore durante il giorno, con una pausa più lunga durante la notte; se invece ne bastano cinque l'intervallo potrà essere di circa tre ore e mezzo.

*Ricorda che:*

- non si deve utilizzare latte vaccino fresco, fino ai 10-12 mesi di vita,
- è meglio non dare al bambino l'abitudine di metterlo a letto con il biberon in bocca per evitare danni ai denti,
- l'introduzione di cibi solidi andrà fatta dopo il quinto/sesto mese, possibilmente una settimana dopo l'esecuzione della seconda dose dei vaccini di legge per evitare che eventuali reazioni postvaccinali complicano o confondano il divezzamento. Bisogna evitare anche l'aggiunta di cereali al latte,
- non si deve somministrare miele prima del primo compleanno, per prevenire il botulismo,
- non si deve riscaldare il latte con il forno a microonde.

*Si deve suggerire:*

- supplementazione con vitamina D (400 UT/die),
- supplementazione con ferro: se il bambino è prematuro ha bisogno di un supplemento di ferro a partire dal secondo mese di vita fino alla fine del primo anno di vita.

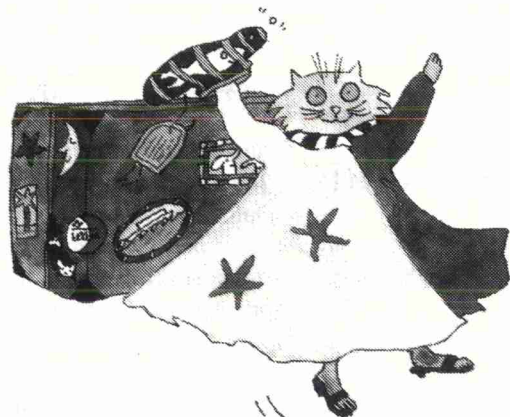
#### Consigli sull'assistenza all'infanzia e alla famiglia

(vedi *Quaderni ACP 1996;4:36-39*)

#### Consigli sulle vaccinazioni

- Informa i genitori dei rischi e benefici delle vaccinazioni di legge e facoltative. Consegna loro gli appositi stampati, spiegandoli e commentandoli,



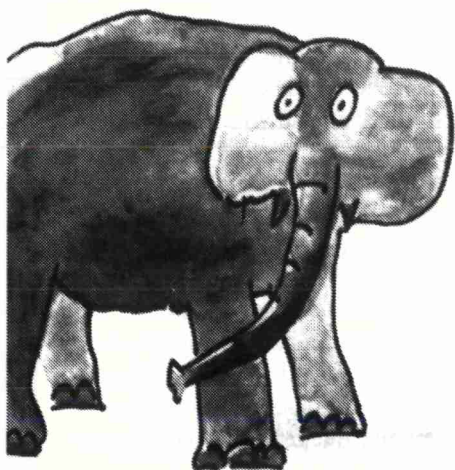


- rinforza il consiglio delle vaccinazioni facoltative e in particolare quella antiperussica. Valuta il suggerimento per l'antimofilo,
- spiega con precisione i possibili effetti collaterali e i modi per prevenirli o curarli, specialmente riguardo alla febbre (cosa è, come si misura, quali sono i provvedimenti da prendere nel caso si presentasse) e all'eritema locale (vedi anche Quaderni ACP 1996;4:36-39).

### Consigli sulla prevenzione degli incidenti

Per la sicurezza dell'ambiente domestico Suggestisci di:

- usare il box solo dopo il terzo mese, per brevi periodi e solo come zona di sicurezza dove lasciare il bambino mentre si fanno i lavori di casa,
- scegliere i giochi che siano costruiti per bambini di questa età: infrangibili, senza parti così piccole che possano essere ingerite, senza sporgenze o parti acuminatae (i



giocattoli dovrebbero rispondere alle norme del decreto ministeriale del 31 luglio 1979. Nelle confezioni deve essere specificata l'età per la quale il gioco è adatto),

- non lasciare fratelli piccoli o animali domestici soli con il bambino,
- non lasciare il bambino da solo sul letto, fasciatoio, tavolo, divano, perché potrebbe rotolare e cadere,
- continuare a tenere il bambino durante il sonno in posizione supina,
- non scuotere la testa del bambino con forza,
- tenere polveri, medicinali, prodotti per l'igiene e piccoli oggetti lontano dalla portata del bambino. Preferire confezioni con apertura di sicurezza (non apribili con facilità dai bambini), gettare i farmaci scaduti e acquistarne una confezione alla volta,
- non usare il contenitore del talco per distrarre il bambino mentre lo si cambia perché potrebbe inalare il contenuto,
- tenere fuori della portata del bambino sportine di plastica, palloncini di gomma e altri oggetti sottili che possano soffocarlo,
- utilizzare per la ricostituzione del latte artificiale solo acqua minerale naturale facendo attenzione a non conservare sostanze pericolose dentro bottiglie che normalmente contengono acqua.

Per la prevenzione delle ustioni, dell'annegamento e nella strada vedi Quaderni ACP 1996;4:36-39.

### Guida anticipatoria sullo sviluppo del bambino

- Spiega a grandi linee le competenze psi-

comotorie del bambino nei prossimi mesi (il sorriso, la vocalizzazione e il controllo del capo, senza essere troppo specifico),

- spiega ai genitori che il bambino potrebbe già essere in grado a 3-4 mesi di distinguere i volti estranei e di provare paura,
- insisti sul fatto che il succhiarsi il pollice a questa età è da considerarsi normale,
- spiega ai genitori che è bene non "viziarlo" il bambino,
- incoraggia i genitori a giocare con il bambino, a rispondere alle sue vocalizzazioni, cercando di coinvolgere in questo anche gli altri componenti della famiglia.

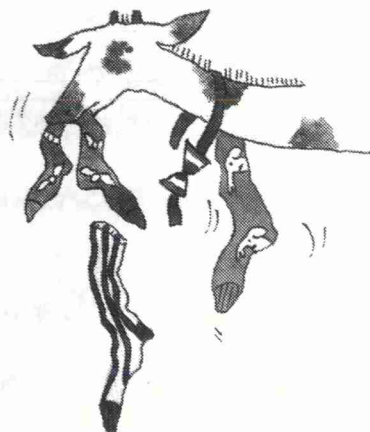
### A conclusione della visita

- Avete qualche domanda? (Se emergono altri problemi importanti o si rilevano deviazioni dalla norma nello sviluppo del bambino è opportuno stabilire un'altra visita di controllo prima del quinto mese),
- complimentati con i genitori (e con gli altri familiari presenti) per come si stanno comportando nei confronti del bambino. Sottolinea i loro sforzi, le loro capacità, e i progressi del bambino,
- qualora la famiglia non abbia potuto scegliere il pediatra di base ricorda le strutture che sono a disposizione per ogni evenienza ordinaria e d'urgenza,
- comunica quando e dove sarà la prossima visita di controllo e a cosa servirà.

### Bibliografia

Bright Futures: Guidelines for health supervisions of infants, children, and adolescents. Morris Green ed. 1994

American Academy of Pediatrics (A.A.P.): Guidelines for health supervision. Seconda ed. 1988





# Enuresi: istruzioni per i genitori

a cura di Lucio Piemmarini

## Definizione

Con la parola "enuresi" definiamo il passaggio involontario di urine durante il sonno più di una volta al mese.

È un fenomeno molto comune:

a tre anni il 40% dei bambini ha enuresi, a quattro anni il 30%, a cinque anni il 20%, a sei anni il 10%, a otto anni il 7%, a dodici anni il 3%, a diciotto anni l'1%.

Perciò lo si può considerare normale fino a 6-7 anni di età ma, comunque, crescendo, come si vede dalle percentuali, l'enuresi passa da sola.

## Cause

I bambini che hanno enuresi più a lungo hanno spesso ricevuto tale caratteristica dai genitori. Oltre a ciò, questi bambini hanno spesso una vescica piccola che non riesce a contenere tutta l'urina della notte. Malattie dei reni o della vescica sono una causa rarissima.

Poco frequenti, come responsabili, sono anche i disturbi emotivi, ma questi possono comparire se i genitori assumono nei confronti del bambino un atteggiamento aggressivo.

Il bambino non va perciò considerato un malato; il suo problema va valutato nella sua reale gravità, che è quella di un semplice ritardo di maturazione che, se affrontato serenamente, comporta molti meno disagi di quanto non si pensi, e che è possibile affrontare e spesso risolvere in diverse maniere.

## Misure utili da tre a sei anni

*Visita medica:* è necessaria solo se il bambino si bagna anche di giorno o se ricomincia a bagnarsi dopo essere rimasto asciutto per più di un mese.

*Spiegare al bambino il funzionamento della vescica:* è importante adattarsi alle capacità di comprensione del bambino ma

di solito non è difficile.

Lo aiuterà a separare almeno in parte il suo problema da sé stesso e lo spronerà a tentare di controllarlo.

Inoltre potrà comprendere meglio il perché delle vostre istruzioni.

*Scoraggiare il bere nelle due ore prima di dormire:* non è però il caso di discutere per pochi sorsi di acqua o rifiutarsi se il bambino dice di avere sete.

*Incoraggiare il bere dal mattino fino al primo pomeriggio:* molti liquidi fanno produrre molta urina e ciò aiuta a ingrandire e ad allenare la vescica.

*Far urinare il bambino prima di addormentarsi:* non servirà a evitare che bagni il letto ma se non altro limiterà i danni.

*Cosa indossare a letto:* è preferibile smettere con i pannolini dai quattro anni in poi per evitare che il bambino si senta come un lattante.

Può essere utile mettere due paia di mutande spesse, oltre il pigiama, per ridurre la quantità di urine che bagnerà le lenzuola.

*Come proteggere il letto:* per evitare cattivi odori persistenti coprite tutto il materasso con della tela cerata.

Sarà inoltre utile inserire un foglio di plastica sottile fra il lenzuolo superiore e le coperte.

Un asciugamano asciutto messo sotto il bambino proteggerà ulteriormente le lenzuola.

*Routine del mattino:* è utile al mattino dividere il lavoro di pulizia di lenzuola e biancheria, per cui il bambino dovrebbe risciacquare le mutande e il pigiama fino a eliminare ogni odore residuo, naturalmente, almeno fino a 7-8 anni, sotto il vostro controllo. Partecipare a queste piccole incombenze lo farà sentire più coinvolto nella



## Scrivere il curriculum

maggior parte dei bambini trae beneficio dalla inalazione di vapore che si può ottenere tenendoli vicini a un vaporizzatore o un umidificatore. Per prevenire le scottature fate attenzione che l'acqua bollente del vaporizzatore sia fuori dalla portata dei bambini. Se non avete un umidificatore è ugualmente utile, ma più pericoloso, utilizzare come fonte di vapore l'acqua che bolle, oppure far scorrere l'acqua calda dal rubinetto della vasca da bagno o della doccia, tenendo chiusa la porta del bagno. Il bambino dovrebbe essere avvolto dal vapore come se fosse nella nebbia. Il vapore inalato riduce l'infiammazione delle alte vie respiratorie migliorando l'ingresso d'aria nei polmoni.

Se il bambino ha una temperatura corporea superiore ai 38°C ascellare è bene somministrargli una dose adeguata di paracetamolo (Tachipirina o Efferalgan) per abbassarla, in attesa dell'arrivo del medico. Nel caso che il bambino abbia già avuto un episodio di laringite è bene valutare insieme al medico se è il caso di tenere in casa alcuni farmaci efficaci per la terapia della laringite, fissando insieme a lui le dosi da usare. La cura più efficace della laringite è un aerosol con *adrenalina e cortisone*. L'adrenalina va somministrata nella dose di 0,1 ml per kg di peso del bambino, fino ad un massimo di 1 ml, mentre di cortisone (Clenil soluzione) ne vanno messi 4 ml ogni dose. L'aerosol così preparato con ambedue i farmaci può essere somministrato a intervalli di 30 o 60 minuti, fino alla cessazione dello stri-

dore. È opportuno tenere la mascherina dell'aerosol vicina al viso del bimbo, per evitare che l'adrenalina arrivi agli occhi. Non ci si deve allarmare se la zona dove è fatto l'aerosol risulta più pallida per effetto dell'adrenalina. Se la crisi persiste il vostro medico può consigliarvi di usare il cortisone per via intramuscolare: in genere il *decadron* alla dose di 0,6 mg /kg.

### Il contagio

I bambini affetti da laringite virale sono contagiosi soprattutto durante i primi giorni di febbre.

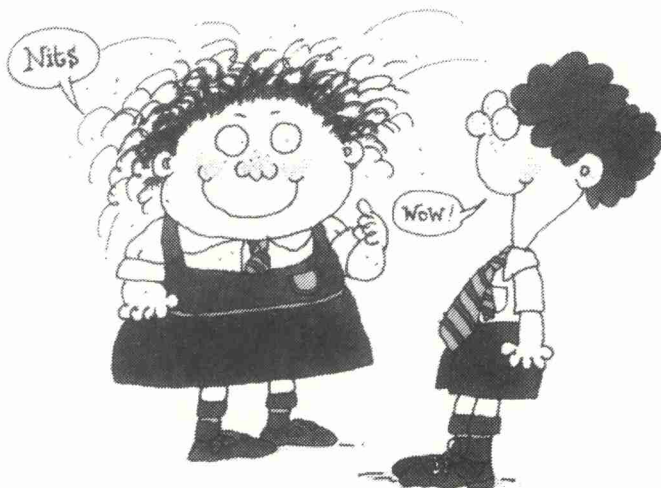
Il contagio avviene tramite le goccioline di saliva e perciò con la tosse o gli starnuti. La malattia inizia di norma da due o tre giorni dopo il contagio.

### Ritorno alle attività sociali

I bambini possono riprendere a frequentare la scuola e le attività di ogni giorno quando non hanno più la febbre e stanno meglio. Una leggera tosse non è una valida ragione per trattenerli a casa.

### Altre notizie utili

Il tossire è il mezzo che il nostro corpo utilizza per espellere il catarro dalle vie respiratorie. Togliere la tosse facendo uso di farmaci sedativi non è quindi indicato e va fatto solo quando vi è la motivata prescrizione del medico. Come si è detto sopra dopo il primo episodio di laringite si può ripresentare ed è quindi opportuno non allarmarsi ma mettere in atto le terapie che sono state concordate con il medico.



*Cos'è necessario?*

*È necessario scrivere una domanda, e alla domanda allegare il curriculum.*

*A prescindere da quanto si è vissuto il curriculum dovrebbe essere breve.*

*È d'obbligo concisione e selezione dei fatti.*

*Cambiare paesaggi in indirizzi e ricordi incerti in date fisse.*

*Di tutti gli amori basta quello coniugale, e dei bambini solo quelli nati.*

*Conta di più chi ti conosce di chi conosci tu.*

*I viaggi solo se all'estero.*

*L'appartenenza a un che, ma senza perché.*

*Onorificenze senza motivazione.*

*Scrivi come se non parlassi mai con te stesso e ti evitassi.*

*Sorvola su cani, gatti e uccelli, cianfrusaglie del passato, amici e sogni.*

*Meglio il prezzo che il valore e il titolo che il contenuto.*

*Meglio il numero di scarpa, che non dove va colui per cui ti scambiano.*

*Aggiungi una foto con l'orecchio scoperto.*

*È la sua forma che conta, non ciò che sente.*

*Cosa si sente?*

*Il fragore delle macchine che tritano la carta.*

Wisława Szymborska  
Premio Nobel per la letteratura 1996

Wisława Szymborska, *Gente sul ponte*.  
In Pietro Marchesani, Libri Scheiwiller, 1996.

# Procedure diagnostico-terapeutiche per naso, occhio e orecchio

a cura di Antonella Brunelli

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

*Iniziamo la pubblicazione di alcune procedure diagnostico-terapeutiche che riguardano l'occhio, il naso e l'orecchio.*

*Alcune di queste sono per il pediatra materia quasi di ogni giorno.*

*Alcune altre sono procedure da insegnare ai genitori. Altre sono pratiche appena più "invasive" (estrazione di corpi estranei, tamponamento anteriore) che servono al pediatra abbastanza lontano dai centri ospedalieri e che è costretto talora a occuparsi di cose che sembrano più grandi di lui, ma alle quali in fondo egli può far fronte con un minimo di perizia.*

## PROCEDURE SULL'OCCHIO

### Eversione delle palpebre

L'eversione delle palpebre è una manovra indispensabile per ottenere un buon esame obiettivo e per poter fare corrette manovre terapeutiche sull'occhio.

È facilmente realizzabile nel bambino collaborante, mentre nei bambini molto piccoli o comunque non collaboranti va eseguita tenendo loro ben ferme le estremità e il capo per limitarne i movimenti.

#### *Eversione della palpebra superiore*

La palpebra superiore va rovesciata sul margine tarsale superiore, che si trova circa 10 mm al di sopra del margine cigliare, nel modo seguente:

1. Stringere fra il pollice e l'indice le ciglia e il bordo palpebrale esercitando una trazione verso il basso e all'esterno rispetto al bulbo oculare, invitando il bambino a guardare verso il basso (*Fig. 1 a*).
2. Facendo perno sul dito indice o meglio su un bastoncino di cotton fioc portare la palpebra in alto e indietro rovesciandola (*Fig. 1 b*).
3. La posizione va mantenuta esercitando una leggera pressione sul margine e sulle ciglia contro l'arcata orbitaria (*Fig. 1 c*).

#### *Eversione della palpebra inferiore*

La congiuntiva della palpebra inferiore è facilmente esplorabile appoggiando il pollice o l'indice vicino al margine e portando in basso e indietro la palpebra mentre il bambino guarda in alto.

### Applicazione locale di farmaci

Piccoli corpi estranei che in altre parti del corpo non potrebbero essere visti né avvertiti, sulla superficie congiuntivale possono procurare un intollerabile dolore. È facilmente comprensibile quindi che il bambino sia timoroso nei confronti di qualsiasi manovra a carico degli occhi.

I farmaci topici che si usano nell'occhio non sono dolorosi e solitamente annebbiano lievemente e temporaneamente la vista; questo va sistematicamente spiegato al bambino e ai genitori, ma purtroppo, indipendentemente da quanto prolungata o persuasiva sia la spiegazione, ciò non riduce la paura o l'ansia. Sono forse utili alcune notizie sulla utilizzazione dei medicamenti nel sacco congiuntivale.

1. I farmaci instillati nel sacco congiuntivale vengono assorbiti attraverso la cornea e la congiuntiva; solo la porzione che viene assorbita dalla cornea penetra all'interno del bulbo. La scomparsa della barriera epiteliale per malattia o l'uso di anestetici locali aumenta l'assorbimento dei farmaci.

2. Normalmente i farmaci vanno posti nel fornice inferiore del sacco congiuntivale, ma se si desidera un assorbimento maggiore vanno posti sulla parte superiore della cornea dalla quale verranno poi drenate verso il fornice inferiore.

3. Le soluzioni poste nel sacco congiuntivale vengono diluite con le lacrime e seguono il flusso verso il canale lacrimale: qui la maggior parte del farmaco viene assorbito nelle strutture periorbitali.

4. Si può prolungare la permanenza del farmaco nel sacco congiuntivale ostacolando il deflusso lacrimale attraverso la leggera pressione di un dito sul sacco lacrimale.

5. L'asciugarsi dell'epitelio durante la manovra può provocare lacrimazione, che di conseguenza diluisce il farmaco. Se le lacrime scendono sul viso, quel che resta nell'occhio è ovviamente in quantità ridotta.

6. Unguenti e pomate permangono nel sacco più a lungo delle preparazioni acquose: questo può influenzare la scelta farmacologica del pediatra.

7. La punta del gocciolatore deve essere arrotondata e smussa.

8. Solitamente, se il farmaco viene applicato correttamente, è sufficiente instillare una sola goccia per occhio.

### Instillazione di soluzioni nel sacco congiuntivale

Le soluzioni vengono instillate nel fornice inferiore con un contagocce. Il bambino va collocato in posizione supina e tenuto fermo.

1. Col pollice e l'indice si separa la palpebra superiore da quella inferiore, mantenendole in posizione con una lieve trazione.
2. Il contagocce va riempito con una quantità appena superiore a quella desiderata di soluzione a temperatura ambiente.
3. Posta la punta del contagocce a pochi millimetri dal fornice inferiore, si lascia cadere il farmaco sulla superficie congiuntivale, evitando di instillare le gocce direttamente sulla cornea (Fig. 2). È possibile apporre le gocce anche sul fornice superiore, invitando il bambino a guardare in basso.

4. Dopo la somministrazione, va mantenuta la posizione supina per circa 5 minuti col viso verso l'alto: le lacrime normalmente defluiscono verso il canto interno e non dovrebbero scorrere via.

### Introduzione di pomate nel sacco congiuntivale

Esistono varie preparazioni oftalmiche in pomata disponibili in tubetti con lunghi e sottili beccucci.

1. Si espone la congiuntiva della palpebra inferiore spingendo in basso e indietro col pollice sul bulbo oculare.
2. Mentre il bimbo viene invitato a guardare in alto si applica una sottile striscia della pomata sulla mucosa esposta a "grondaia"; quindi si rilascia la palpebra.

### Irrigazione del sacco congiuntivale

Pulviscolo e corpi estranei possono essere

rimossi con un lavaggio eseguito con una peretta in gomma riempita di soluzione irrigante tiepida. La corrente del liquido va delicatamente diretta verso il fornice inferiore mentre il bambino guarda in alto, e verso il fornice superiore mentre il bambino guarda in basso. La soluzione che defluisce va raccolta in una arcella.

### Massaggio idrostatico nasolacrimale

La gestione della ostruzione congenita del canale nasolacrimale può richiedere massaggi quotidiani dell'area, indipendentemente dalla necessità di sondaggio da parte dell'oculista. Alcune manovre possono essere fatte dai genitori: ponendo l'indice sul canalicolo comune, per bloccare la fuoriuscita di materiale dal foro si deve esercitare una spinta continua verso il basso così da aumentare la pressione idrostatica all'interno del sacco nasolacrimale. Di solito vengono raccomandate cinque "spinte" due volte al giorno (Fig. 3 e Fig. 4).

### PROCEDURE SULL'ORECCHIO

#### Pulizia del canale esterno

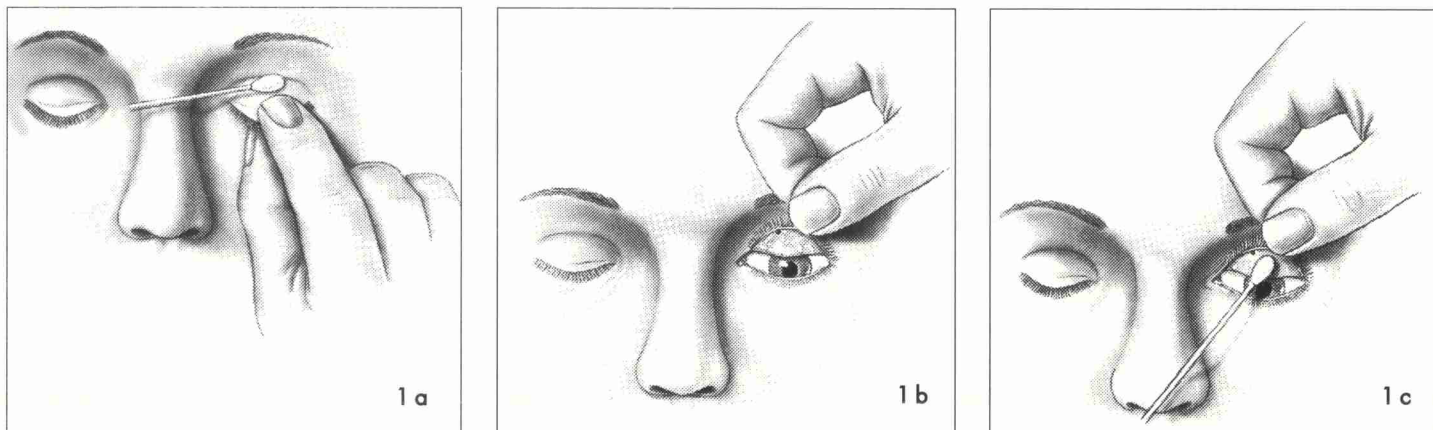
Il canale auricolare esterno è l'unico cul di sacco del corpo interamente rivestito da cute. Questa è protetta dal cerume, un misto di secrezione delle ghiandole apocrine sebacee e di cheratociti desquamati, che ne garantisce l'impermeabilità. Il suo ruolo è quello di ridurre al minimo le esposizioni ripetute della cute all'acqua, ma la ritenzione del cerume può provocare l'ostruzione del canale auricolare; è questa infatti la causa più comune di

richiesta di intervento a carico dell'orecchio esterno.

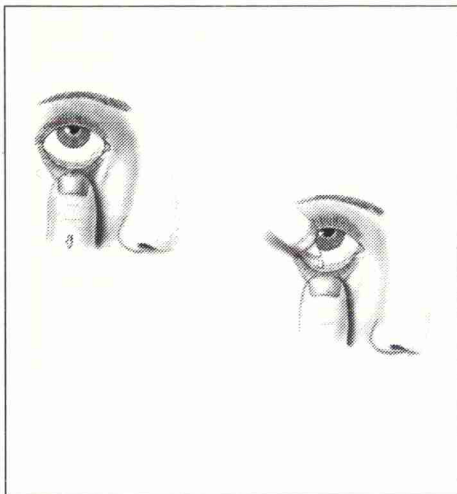
Sebbene l'occlusione completa non sia molto frequente in età pediatrica, tuttavia la parziale ostruzione può rendere difficoltosa l'esplorazione della membrana timpanica.

La sua asportazione può essere fatta in diversi modi: manualmente, meccanicamente (con irrigazione o per aspirazione) o per scioglimento/ammorbidente. La rimozione manuale richiede una curette per orecchio o qualunque attrezzo che le possa assomigliare. Con l'aiuto dell'otoscopio l'operatore rimuove poco a poco il cerume fino alla disostruzione. Questa metodica richiede una grande pazienza dell'operatore e la collaborazione del bambino. È quindi più adatta ai grandicelli. L'irrigazione del canale esterno può essere eseguita con una siringa o una peretta da orecchio, oppure con un irrigatore a getto d'acqua. L'acqua irrigata deve essere tiepida. Lo strumento utilizzato non deve occludere il canale auricolare per non provocare lesioni traumatiche da pressione: infatti alcuni strumenti a getto, a piena potenza, possono raggiungere una pressione così alta da provocare la rottura del timpano. Nell'adulto le complicanze da irrigazione auricolare richiedono l'intervento dello specialista in circa 1 caso su 1000. È necessario quindi utilizzare pressioni molto basse ed evitare di puntare il getto direttamente sulla membrana, ma dirigerlo verso la parte superiore del canale. Naturalmente l'irrigazione del

Fig. 1. tecnica di everzione della palpebra superiore



**Fig. 2.** Instillazione di soluzioni nel sacco congiuntivale



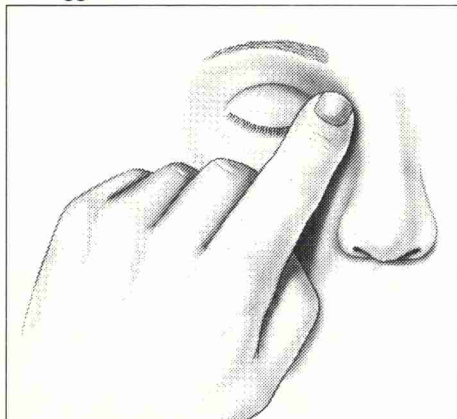
canale esterno è controindicata in caso di perforazione o di miringotomia con tubi di drenaggio. L'ammorbidimento del cerume può essere ottenuto con preparazioni disponibili in commercio (trietanolamina, dimetilbenzene, Cerulisina, Cerumenex) o con soluzioni di acqua ossigenata 1-3% o bicarbonato di sodio 5-10%. Tali sostanze hanno attività litica: in vitro provocano la disintegrazione del cerume in 2 o 3 ore.

La detersione può risultare particolarmente impegnativa in presenza di otite esterna a causa di edema, di tumefazione e delle modificazioni anatomiche.

Con l'aiuto di un portacotone con ovatta e di una lampada frontale a fibre ottiche, o anche di un otoscopio, molto delicatamente si asportano i frammenti.

Dopo la rimozione va inserito un oto-

**Fig. 3.** massaggio del sacco nasolacrimale



wick (piccolo tampone di merocel dello spessore di circa 1 mm) che mantiene pervio il lume e permette l'instillazione di antibiotici nel canale. Il wick può essere rimosso dai genitori 48-72 ore dopo con l'aiuto di un paio di pinzette.

I bambini con anomalie cranio-facciali (es. Sindrome di Down) hanno caratteristiche anatomiche tali da rendere frequentemente necessario l'intervento dello specialista per l'igiene del canale auricolare.

#### Somministrazione di gocce auricolari

Generalmente la procedura è molto semplice: il bambino va steso sul lettino oppure seduto sulle ginocchia dei genitori in modo che il canale auricolare sia in linea col piano verticale.

Il padiglione viene delicatamente stirato in alto e all'indietro per raddrizzare il percorso del canale (Fig. 5). Le gocce vanno applicate all'imbocco del canale e lasciate scendere all'interno per gravità.

Si può eseguire un leggero massaggio sul trago per alcuni secondi, quindi posizionare un batuffolo di cotone idrofilo sul meato esterno per evitare la fuoriuscita delle gocce.

Sebbene la tecnica sembri estremamente facile, è stato notato come la penetrazione delle gocce sia molto variabile e comunque peggiore in presenza di malattie dell'orecchio: sostanze a viscosità pari all'acqua sono preferibili a quelle più dense.

In alcuni casi il posizionamento di un wick è utile per aumentare il contatto fra il farmaco e la parete: con una pinzetta si pone un wick (accorciato a circa la metà

della lunghezza del canale) inumidito nel farmaco; dilatandosi andrà a contatto con tutta la parete.

Un metodo più casalingo può essere ottenuto con un batuffolo di cotone arrotolato a sigaretta e imbevuto con la soluzione.

#### Rimozione di corpi estranei

Nelle orecchie dei bambini finisce una grande varietà di oggetti; i sintomi variano quindi a seconda delle dimensioni, della sede, della composizione e del tempo di permanenza.

Come regola generale si può dire che i materiali organici causano maggior reazione ed infiammazione rispetto a quelli inorganici, e che la combinazione dei due predispone all'infezione.

Va inoltre ricordato che fallire nel tentativo di estrarre un corpo estraneo ci porta da una brutta situazione ad una ancora peggiore! Poiché sono pochi i corpi estranei che richiedono interventi di urgenza, è vantaggioso prepararsi adeguatamente e procurarsi lo strumentario necessario. Il corpo estraneo che richiede maggior tempestività è la batteria a bottone, presente spesso nelle calcolatrici tascabili, in alcuni apparecchi acustici, in orologi da polso e macchine fotografiche.

Esso può liberare mercurio, idrossido di potassio o altri caustici responsabili di ustioni o danni permanenti a carico della membrana timpanica.

Vanno quindi rimossi celermente dal più esperto medico raggiungibile e non si deve esitare a entrare in sala operatoria se il tentativo fallisce.

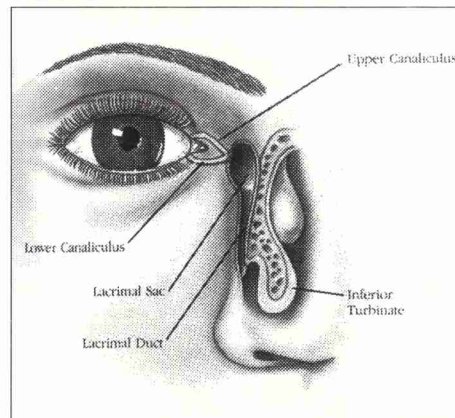
Se il corpo estraneo ha forma irregolare si può provare a estrarlo utilizzando un aspiratore oppure una pinza a cocodrillo o una pinza di Hartmann attraverso uno speculum otoscopico.

Molta cautela bisogna adottare quando l'oggetto è rotondo, liscio e duro, come perle di collana o piccoli sassi.

Infatti ogni tentativo di afferrarli spesso non fa altro che peggiorare la situazione col risultato di spingerli ancor più in profondità e rendere ancor più difficili gli interventi successivi, con maggior rischio per la membrana timpanica.

Infatti sono questi i corpi estranei per i quali più frequentemente si rende necessario l'intervento di rimozione in sala

**Fig. 4.** anatomia del sistema nasolacrimale





**PROCEDURE SUL NASO**

**Ispezione delle cavità nasale e nasofaringea**

L'ispezione della cavità nasale nel bambino che collabora è molto agevole poiché è diretta, mentre risulta più laboriosa nel bambino piccolo. In quest'ultimo caso è quindi consigliabile usare l'otoscopio e lo speculum. Se poi è disponibile una lampada frontale, è sufficiente uno speculum nasale per visualizzare la cavità. Anche l'ispezione del faringe è molto agevole nel bambino collaborante: se è capace di eseguire l'ordine di aprire la bocca ma non riesce a dire ah, gli si potrà suggerire di sbadigliare: in questo modo spalancherà il faringe senza dover usare l'abbassalingua, che quasi sempre induce il riflesso del vomito.

**Instillazione di gocce nasali**

Perché i farmaci applicati per via nasale siano efficaci, essi devono arrivare sulla superficie giusta alla giusta concentrazione.

Quindi prima della somministrazione le coane vanno detese dal muco o dall'esudato che potrebbe interferire sui due

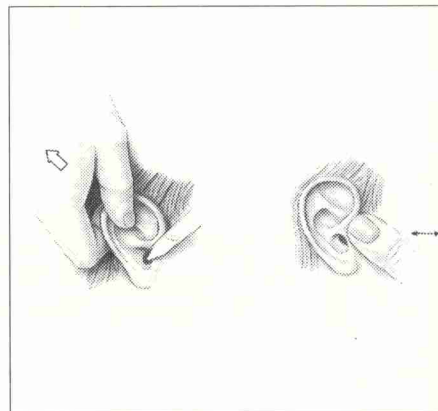
parametri. Nei bambini più piccoli questo si ottiene con una aspirazione con pompetta, mentre nei più grandicelli una buona soffiata di naso in genere è sufficiente; se la pulizia non è completa si può usare un catetere da aspirazione nasale. Il bambino piccolo va posto supino sul grembo con le gambe estese una per lato e la testa appoggiata sulle ginocchia o sulla mano libera del genitore (Fig. 6): col bimbo in questa posizione si infila appena nella narice il contagocce e si somministra il farmaco.

Nel bambino più grande la posizione dipende invece dalla sede su cui si vuole ottenere l'effetto farmacologico.

La tecnica di Parkinson (Fig. 7) ottimizza invece il contatto con gli osti dei seni frontali e mascellari: il ragazzo viene posto sul fianco con la spalla più bassa rialzata da un cuscino e la testa piegata, poggiate sul lettino.

La tecnica di Proetz (Fig. 8) ottimizza il contatto con gli osti dei seni etmoidali e sfenoidali: il ragazzo sta supino col capo oltre il bordo del lettino e il collo iperesteso, guardando direttamente il soffitto. Le gocce vanno instillate nella narice inferiore. Per la narice controlaterale la

**Fig. 5.** instillazione di gocce nell'orecchio



posizione assunta è ovviamente ruotata sul fianco opposto.

**Controllo dell'epistassi**

In caso di epistassi persistente si rende obbligatorio il tamponamento che a seconda dei casi può essere anteriore, posteriore o combinato. Il tamponamento anteriore è indicato nell'epistassi con origine dalla cavità nasale anteriore (più frequentemente dovuto a sanguinamento del plesso venoso di Kiesselbach nel setto anteriore).

Prima di giungere al tamponamento si può tentare una cauterizzazione con nitrato d'argento: per la preparazione si applica nella narice una larga falda di cotone idrofilo impregnata di fenilefrina (Neo-Synephrine) e tetracaina al 2% o lidocaina al 2% per ottenere sia vasocostrizione che anestesia locale, che è completa dopo 5-8 minuti.

Con l'aiuto di uno speculum e di una lampada frontale o dell'otoscopio, e alcune sottili matite di nitrato, si cercano i vasi dell'area di Kiesselbach responsabili del sanguinamento e si cauterizzano. Viene quindi applicata pomata a base di Bacitracina; va raccomandato al bambino di evitare qualsiasi trauma, anche piccolo come soffiarsi il naso, per parecchi giorni. Se questa manovra risulta inefficace, allora si rende necessario il tamponamento anteriore. Fra i molti materiali disponibili, la più utilizzata è la garza, generosamente impregnata di pomata antibiotica.

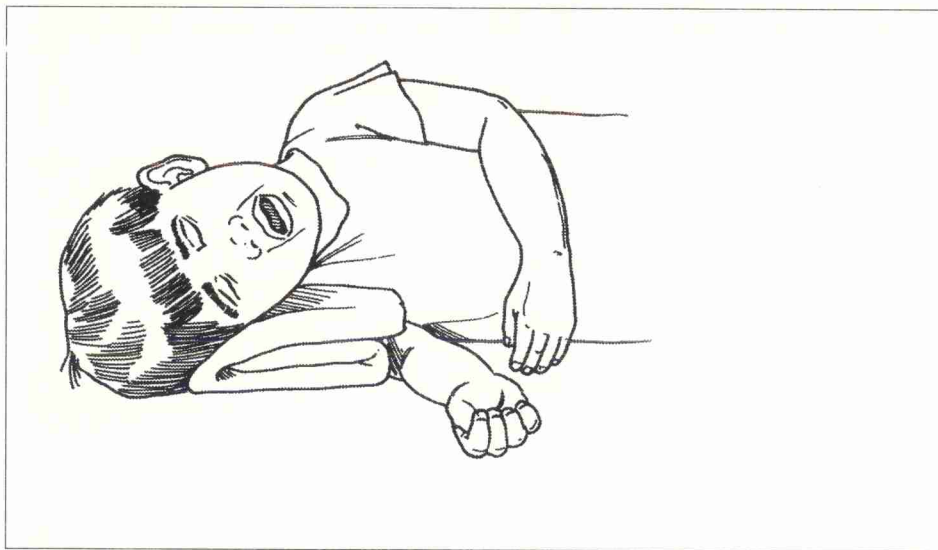
Altri dispositivi particolarmente utili in bambini con diatesi emorragiche sono le

**Fig. 6.** instillazione di gocce nasali



abc in pratica

Fig. 7. tecnica di Parkinson



tavolette di spongostan o la trombina topica, che possono essere combinate ed applicate sul setto, e compresse dal tampone.

I bambini con le epistassi posteriori vanno invece inviati dallo specialista ORL per il trattamento più adeguato.

Fino a quel momento però può essere utile il posizionamento di un catetere con palloncino di Foley nel nasofaringe.

#### Tamponamento anteriore

Sono necessari: garza iodoformica o alla paraffina larga 1 cm e impregnata di antibiotico; pinza nasale tipo baionetta lunga; cerotto; speculum nasale; aspiratore; lampada frontale. Si procede come segue:

1. inserire lo speculum nella cavità nasale per permettere l'accesso della pinza;
2. inserire un capo della garza nella cavità nasale posteriore (*sotto* la sede di sanguinamento) usando la pinza a baionetta seguendo il "pavimento" della cavità. Nella parte postero-inferiore della cavità nasale porre diversi strati sovrapposti di garza per formare una base.
3. Continuare la introduzione di garza fino a occludere la regione postero-inferiore, poi la postero-superiore, quindi la antero-inferiore.
4. Il capo libero distale della garza va fissato al naso con un piccolo cerotto; alternativamente può essere fissato un filo di sutura di seta per permetterne poi l'individuazione.
5. Il tamponamento va lasciato in sede da

24 a 72 ore.

6. Le complicanze del tamponamento anteriore includono l'ostruzione degli ostii nasali, che può predisporre a sinusiti e a disfunzioni transitorie della tuba. L'uso di pomate antibiotiche sul tampone e di terapia antibiotica sistemica mirata per la flora nasale e per bacilli Gram-negativi sembrano ridurre tale rischio. Qualche segnalazione ha riportato una Toxic Shock Syndrome in corso di tamponamento nasale.

#### Rimozione di corpi estranei nasali

Occasionalmente può succedere che i bambini giocando fuori dalla portata dei genitori inseriscano oggetti estranei nelle narici. Tale situazione giunge al pediatra per la persistente rinorrea maleodorante e unilaterale che ne consegue.

Anche in questo caso la modalità di estrazione dipende sia dalle caratteristiche del corpo estraneo che dagli strumenti disponibili, e dalla collaborazione del bambino. L'ideale sarebbe avere a disposizione una lampada frontale a fibre ottiche, uno speculum nasale e una certa scelta di pinze da corpo estraneo.

Quasi tutti i bambini hanno bisogno di contenzione durante l'estrazione, e a volte può essere necessaria una lieve sedazione. A seconda dell'età del bambino la posizione può variare da quella supina a quella seduta sulle ginocchia del genitore. Nel caso la posizione sia quella supina il bambino viene "fasciato" a mummia con un

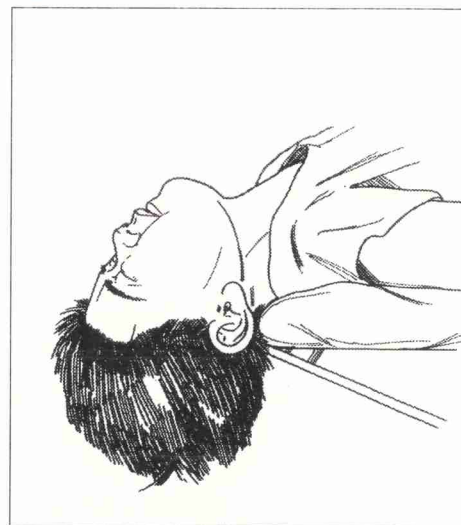
lenzuolo. Per il potenziale rischio di inalazione del corpo estraneo, tale manovra andrebbe effettuata tenendo a portata di mano tutto il necessario per fronteggiare tale emergenza:

- lampada frontale a fibre ottiche;
- speculum nasale;
- pinza di Hartmann;
- pinza a cocodrillo;
- pinza a baionetta;
- Neo-synephrine;
- aspiratore di Frazier.

Si procede come segue:

1. Col bambino in posizione corretta ed eventualmente sedato, spruzzare la narice col vasocostrittore e liberarla aspirando le secrezioni mucose o ematiche.
2. Se l'oggetto da estrarre è noto, scegliere lo strumento più idoneo, possibilmente in base ad una copia dell'oggetto stesso fornita dai genitori: se si tratta ad esempio di un orecchino, uno uguale può indicarne le dimensioni, la forma, la consistenza, e permettere la scelta della pinza più adatta.
3. Gli oggetti rotondi od ovali vanno estratti con uno specillo ad angolo retto passando al di sotto poi ruotando in avanti, mentre la pinza di Hartmann è più utile per l'estrazione di oggetti piccoli solidi. Ortaggi e fagioli vanno aspirati con l'aspiratore; batterie e materiali caustici vanno rimossi urgentemente dall'ORL in sala operatoria per il loro potenziale danno a carico della mucosa.

Fig. 8. tecnica di Proetz



# quaderni acp – indice generale 1996

## Editoriale

Buono da mangiare? L'occhio del lupo	1	5
Il prezzo è giusto	2	48
La nuova convenzione	3	5
La mucca pazza e i bambini di Milano	4	5
Problemi de bambini o problemi dei pediatri?	5	5
Abbasso lo stato sociale	6	4

## Congressi Controluce

Putignano: mai più soli	1	6
Bologna: le conclusioni? Meglio alla fine	1	6
Milano: al "Negri" le vaccinazioni	1	6
Trieste: confronti in pediatria	1	7
Catania: pediatri e disoccupazione	2	7
Napoli: ancora sulle vaccinazioni	2	7
Tabiano: grana e protocolli	2	7
Perugia: fatica e soddisfazione	3	6
Soverato: la non violenza	3	6
Sicilia: i corsi <i>monoteisti</i> dell'etnopediatria	3	6
Copanello: tutto esaurito, colpa del clima	3	7
La(d)dove: rischio sociale non sembra ci sia	3	7
Kamarina: pediatria e "sauce bolognese"	4	6
Milano: "Negri", sperimentare sui bambini	4	6
Milano: l'ACP e l'etica della ricerca	4	7
Sciacca: parlare di rischio laddove c'è	5	6
Firenze: il neonato, il bambino e la famiglia	5	6
Romagna: si prova a cambiare	5	7
SIP: Giuffrè, presidente	5	7
Campania: incontri ACP	6	6
Venezia: "Continuing Medical Education"	6	6
Perugia: pillole e... scioppo	6	7

## Ricerca

Uso appropriato dei ricoveri pediatrici. Uno studio policentrico in 13 pediatrie italiane AA.VV.	1	10
La ricerca in pediatria ambulatoriale in Europa <i>M. Gangemi</i>	1	12
Qualità delle cure e costi in pediatria AA.VV.	2	8
La gestione del bambino con patologia cronica in Italia: il punto di vista dei genitori, dei medici e dei pediatri di base AA.VV.	3	8
Reazioni avverse da farmaci in pediatria di base AA.VV.	4	8
Analisi dei DRG dei ricoveri pediatrici. Uno studio policentrico in tredici unità operative di pediatria AA.VV.	5	8
Per la diagnosi di pertosse non serve la conta dei leucociti AA.VV.	5	12
Le vaccinazioni in Campania. AA.VV.	5	13
Il basso peso alla nascita (L.B.W.) fra i neonati italiani. I risultati di uno studio multicentrico sui fattori di rischio AA.VV.	6	8
La ricerca in pediatria ambulatoriale. Riflessioni e proposte per una discussione <i>M. Gangemi</i>	6	13

## World - info

Le mine "intelligenti"	1	14
La FDA bocchia i regimi antielicobacter	1	14
La Francia rivede il proprio sistema di sicurezza sociale	1	14
Un budget per i medici d'Inghilterra	1	14
Sanzioni all'Iraq e salute infantile	1	15
Razionamento delle prestazioni in Gran Bretagna	1	15
Quanto costa la salute e chi la deve pagare?	1	15
Australia, medici frustrati e medicina alternativa	2	14
La banca mondiale cambia politica?	2	14
Mortalità infantile fra gli indios brasiliani	2	14
L'umanità ama i bambini	2	14
C'è la sindrome del golfo?	2	15
La miracolosa melatonina	2	15
Israele e il sangue degli etiopi	2	15
Iraq, polemica su Lancet	3	14
Zimbabwe, suggerimenti di politica sanitaria	3	14
Russia, la polio cresce	3	14
Usa, fallisce la campagna vaccinale	3	14
Gran Bretagna, l'industria si arrabbia	3	15
Francia, Chirac e il razzismo	3	15
Europa, cattive notizie sulla mucca pazza	3	15
Russia: medicina scolastica	3	15
OMS, nel 2005 stop all'antipolio?	4	14
Usa, Clinton adotta le mine intelligenti	4	14
Gran Bretagna, allarme ftalati nel latte artificiale	4	14
Egitto, peccaminosa plastica per imeni infranti	4	14
Gran Bretagna, qesta si che è medicina scolastica	4	15
Stati Uniti, un problema che non abbiamo	4	15
Gran Bretagna, pessimismo sulla qualità dei medici "Fundholders"	5	14
Usa, leggi o educazione sanitaria? Il caso degli avvelenamenti da farmaci	5	14
Russia, salute in declino	5	14
Centro Africa, armi e salute	5	15
Finlandia, un problema che non abbiamo	5	15
Usa, nessuno è perfetto nemmeno il New England	5	15
Germania, università in crisi	5	15
Creta, la colpa fu del baccalà	6	14
Usa e Gran Bretagna, finisce che la sindrome del golfo forse c'è	6	14
Germania, Olanda e Francia: tagli alla sanità	6	14
Usa, la dimissione precoce sempre più contestata va in Senato	6	14
OMS, indicatori socioeconomici della regione europea	6	15
Germania, duecentesimo compleanno dell'omeopatia	6	15
Usa, marijuana probabilmente legalizzata in due stati	6	15

## Info

Fabio Sereni candidato alla presidenza della SIP	1	20
I bambini a rischio sociale	1	21
WWF e ACP, l'accordo è siglato	2	20

Pediatria di comunità: materiali di lavoro	2	20
<b>Reazioni avverse ai farmaci:</b>		
il paradiso italiano	2	21
Bambini nelle catastrofi	3	18
Il Tibet cerca pediatri volontari	3	18
Diseguaglianze economiche e salute	3	18
Un po' di Europa nelle scuole	3	18
Il punto su azitromicina	3	19
Capo olandese per Milupa	3	19
Napoli & Palermo, a luglio scuole aperte	3	19
Acerra: un polo pediatrico dubbi e entusiasmi	3	20
Il volontariato nel campo della Fibrosi Cistica	3	21
AIDS, fondi all'italiana	4	18
I conti di Rosy Bindi	4	18
Counselling in pediatria	4	18
Prevalenza dell'asma infantile in Italia	4	18
La rete pediatrica ospedaliera come base di verifica e conoscenza	4	19
Telefono rosso e CRIF: informazioni sui rischi riproduttivi ed effetti secondari dei farmaci	5	18
Quante cardiopatie congenite nascono ogni anno	5	18
L'ISTAT ha pubblicato il rapporto annuale	5	18
Il nuovo consiglio direttivo ACP	5	18
Approvato il nuovo regolamento ACP	5	19
Elenco dei gruppi, dei referenti e loro recapiti	5	19
Quaderni ACP in internet	6	18
Sindacati e incompatibilità	6	18
Spese sanità 1995	6	18
Spesa sanitaria 1996 in miliardi (stima)	6	18
Farmaci scaduti	6	18
Formuletta per le fibre	6	18
I farmaci "ME-TOO"	6	18

### Organizzazione sanitaria

Il modello lombardo		
<i>G. Biasini</i>	1	8
Dipartimento "Pesante", dipartimento "Leggero"	1	22
I livelli uniformi (minimi?) di assistenza		
<i>G. Biasini</i>	1	25
Centri di costo e centri di responsabilità	4	20
Il contratto dei medici d'ospedale e di comunità. Molto al budget e forse nulla alla qualità		
<i>G. Biasini</i>	5	22
La rete pediatrica ospedaliera come base di verifica e conoscenza: l'inizio dello studio ACP		
<i>F. Marchetti, N. D'Andrea</i>	6	19
Accreditamento o certificazione	6	27

### Diritti

Legislazione e salute: l'accesso del bambino immigrato ai servizi sanitari	<i>L. Acerbi, L. Perletti</i>	6	24
--	-------------------------------	---	----

### Lettere

Sidi, anni sette: carne da commercio	<i>M. Ainina</i>	1	27
La storia del latte	<i>G. Biasini</i>	2	16
Dickens, i pediatri e l'ospedale pediatrico	<i>G. Cerasoli</i>	2	22
Il medico odiato e parodiato	<i>G. Biasini</i>	4	28

### Statistiche correnti

La nascita e i suoi differenziali socio-demografici	1	18
La mortalità infantile e alcuni indicatori socio-demografici	2	18
Bilancio demografico nazionale 1995	5	20

### Osservatorio Internazionale

Milleduecento governanti a parlare di pedofilia!	4	4	
Farmaci in Bosnia e pediatri a Mostar: cronache e dolori di un viaggio professionale	<i>M. Bonati</i>	4	22
Piante pazze nel terzo mondo?	<i>P. La Gamba</i>	4	25
Pediatri e associazioni pediatriche negli USA	<i>S. Del Torso</i>	5	26
Un appello per Moncef Marzouki	6	5	
Russia, strategie vaccinali: una lezione	<i>M. Farneti</i>	6	22

### Dibattiti redazionali

Una recensione, una discussione telematica: gli americani ragionano sulla dimissione precoce del neonato, gli italiani un po' meno	5	24
--	---	----

### Lettere

Handicap, non ci resta che piangere	1	30
Bert - Ciotti: botta e risposta	1	30
Elettrodotti e salute	2	30
Azitrocina e aritmetica	2	30
Subject: saluti & info da Roma	2	30
La morte in bellezza	3	28
Aprite un poco gli occhi...	3	28
Miracolosa carruba (caruba), frutto del carrubo (carubo) o carrubio	3	29
Le vaccinazioni a Lamezia	3	29
Uno scambio di doni	3	29
La CUMI e la nuova convenzione	4	29
La FIMP e la nuova convenzione	4	29
Fisioterapia di massa in Sicilia: chi si arricchisce?	5	29
Formazione attiva e collaborazione fra i gruppi	6	28
Spirito aperto	6	28
Pediatria di comunità, dov'è?	6	30
Farmaci e informatori	6	30
Fate la vera carità	6	30

## Nessuno scrive al colonnello

Lettera al Ministro della Sanità	4	26
Lettera al Ministro della Solidarietà Sociale	4	26

## ACP

VIII congresso ACP, Un pediatra capace di affrontare i problemi dei bambini del XXI secolo; la relazione del Presidente all'ottavo Congresso Nazionale	3	22
Uno strano congresso: tre giorni, cinque moderatori	5	4

## Libri

Aldo Misuraca, <i>'O Pediatrico de' creature</i>	1	26
Luciano Violante, <i>Cantata per la festa dei bambini morti di mafia</i>	1	26
H. Jaouen, <i>Caccia al merlo</i>	2	26
R. Kalechofsky, <i>Veduta di Toledo</i>	2	26
C. Dickens, <i>Casa desolata</i>	2	27
M. Montanari, <i>Il pentolino magico</i>	2	27
Mangano, Natoli, Michelin Salomon, <i>Minori nel circuito penale. La prevenzione educativa</i>	2	27
Fulvio Scaparro, <i>Talis pater</i>	3	16
Arto Paasilinna, <i>L'anno della lepre</i>	3	16
Judith S. Palfrey, <i>Community child health</i>	3	16
Laura Pariani, <i>Di corno o d'oro</i>	3	17
Laura Pariani, <i>Il pettine</i>	3	17
Laura Pariani, <i>La spada e la luna</i>	3	17
F. Parizzi, Sophie Guiez, <i>Il controllo delle infezioni nelle comunità infantili</i>	4	16
I.B. Pless, <i>The epidemiology of childhood disorders</i>	4	16
Jonathan Coe, <i>La famiglia Winshaw</i>	4	17
Felice Froio, <i>Le mani sull'università</i>	4	17
Muriel Spark, <i>La ballata di Peckham Rye</i>	5	16
Birger Sellin, <i>Prigioniero di me stesso</i>	5	16
Vittorio Foa, <i>Questo Novecento</i>	5	17
Antonio Skármeta, <i>Non è successo niente</i>	5	17
José Saramago, <i>Cecità</i>	6	16
V. Paola Babini, <i>La questione dei frenastenici</i>	6	16
Carmen Martin Gaité, <i>La regina delle nevi</i>	6	17
C. Nooteboom, <i>Le montagne dei Paesi Bassi</i>	6	17

## Leggere & fare

Un libro di pediatria senza le malattie?		
G. Biasini	1	32
Mezzi diagnostici per infezione urinaria nei "poveri" del medicaid	1	33
Abstract strutturati us abstract in stile narrativo	1	33
Si muore meno dormendo in camera con i genitori	1	34
Cambia in USA la schedula antipolio	1	34
Per lo streptococco va ancora bene la vecchia penicillina	1	35
Azitromicina: in USA per cinque giorni, in Italia per tre! Perché?	1	35

Vaccinazioni in ospedale per i bambini in ritardo	1	36
Profilassi dell'asma in presenza di alti livelli di ozono	1	36
Vaccinazioni e rischio sociale	1	37
A time for change: meno antibiotici nell'otite	1	37
Un libro per curare i bambini extra comunitari e zingari		
G. Tamburlini	2	32
L'infezione da HIV si può diagnosticare nel primo mese	2	33
L'angionma sentinella: non dimenticare di cercarlo	2	33
Allergia al latte: antigenicità degli alimenti composti da idrolisati o da aminoacidi	2	34
C'è un grado di differenza fra le temperatura rettale e ascellare	2	34
Il ruolo del pediatra nella promozione dell'allattamento al seno	2	35
Quando è otite	2	35
Monitoraggio fetale: tomba della technology assessment	2	36
Studio controllato su due vaccini contro la pertosse	2	37
La food and drug administration e il vaccino acellulare		
Connaught	2	37
Leggere e fare... sembra facile	3	32
Buone notizie per i neonati di basso peso	3	33
Il cotrimossazolo non fa male	3	33
L'allattamento al seno e il rischio di tumore	3	34
Metodi corretti nel rilievo della patologia cronica in età pediatrica	3	34
L'helicobacter rispetta gli istruiti	3	35
Paradise: meno antibiotici nell'otite	3	35
Vaccini acellulari... diciamo le cose come stanno	4	32
Nelle infezioni urinarie: quando la scintigrafia?	4	32
Anemia ferrocarenziale, basta l'emocromo?	4	33
È cambiata in vent'anni l'epidemiologia del pretermine?	4	34
Più sei povero più grave hai l'asma	4	34
Sempre più dimostrato il rapporto fra morte improvvisa e morte nel sonno	4	35
I tumori infantili in Italia: guariscono di meno che in passato?	4	35
La bronchiolite che confusione!	5	32
Svezzamento tardivo e comportamenti alimentari del bambino	5	32
Mancato allattamento materno e mortalità infantile nelle Filippine	5	33
Lancet e i giorni del Fluticasone	5	33
Antibiotici, il troppo storpia: era ed è così	5	34
Occhio alla cisapride più macrolidi!	5	34
Budesonide o adrenalina nel croup	5	35
Il medical audit e la revisione fra pari migliorano la prognosi	5	35
Quando la medicina non è "evidence - based"; la storia della sindrome da morte improvvisa G. Biasini	6	32
Un modello di ricerca partecipata in pediatria ambulatoriale	6	34
I giorni del fluticasone	6	34
Gli antibiotici associati si associano ai guai	6	35
Quanto tossiscono i bambini?	6	35

### Aggiornamento avanzato

Il trapianto allogenico di cellule staminali da cordone ombelicale; un'alternativa possibile		
al trapianto del midollo <i>F. Locatelli, F. Bertolini, P. Paolucci</i>	1	38
L'inquinamento atmosferico e i danni alla salute del bambino <i>A. Pisanti, L. de Seta</i>	2	38
PCR, polymerase chain reaction <i>P. Grima, V. Bocchino, G. Bertorelli</i>	5	46
L'assistenza integrata al bambino oncologico, il ruolo del pediatra di base <i>AA.VV.</i>	6	36

### Saper fare

Come presentare una comunicazione scientifica <i>A. Brunelli</i>	1	41
Occuparsi insieme del fibrocistico <i>A. Miano</i>	1	44
Linee guida per il controllo del bambino Down	2	41
L'esame neuromotorio dai nove mesi ai cinque anni di vita secondo Amiel-Tison e Stewart <i>F. Ciotti</i>	3	38
Linee guida per seguire una bambina con sindrome di Turner	4	46
La valutazione dello sviluppo del linguaggio <i>F. Ciotti</i>	5	43
Occuparsi insieme del bambino con diabete mellito; linee guida per una buona collaborazione fra curante e centro specialistico <i>G. Cerasoli</i>	6	42

### ABC in pratica

Linee guida per la lettura di un radiogramma toracico <i>G. Mastella</i>	1	46
I nuovi device in pediatria <i>M. Gangemi</i>	2	46
Botta e risposta <i>M. Di Gruttola, P. Siani</i>	3	36
L'uso del collante tissutale nelle ferite cutanee <i>M. Canciani</i>	5	42
I bambini con bisogni speciali <i>G. Cirillo</i>	6	40

### Un po' per gioco

Ma che sorpresa!	4	40
Sicurezza, gelati e salmonelle	4	40
Problemi di vescica	4	40
AAA Paperopoli	4	40
Test-ate: un nuovo test per l'enuresi?	4	40
Come i radiologi "vedono" i bambini... e gli anziani	4	41
Come rovinarsi la reputazione in una sola frase	4	41
Quando si dice la modernità	4	41
Per gioco! Ma non poi tanto	6	48
Otite media: ma non poi tanto	6	48
Una mela al giorno...	6	48
Mary Poppins	6	48
Il cefibuten spacca il capello in nove	6	48
Incredibile!	6	48

### ABC di emergenze in pediatria

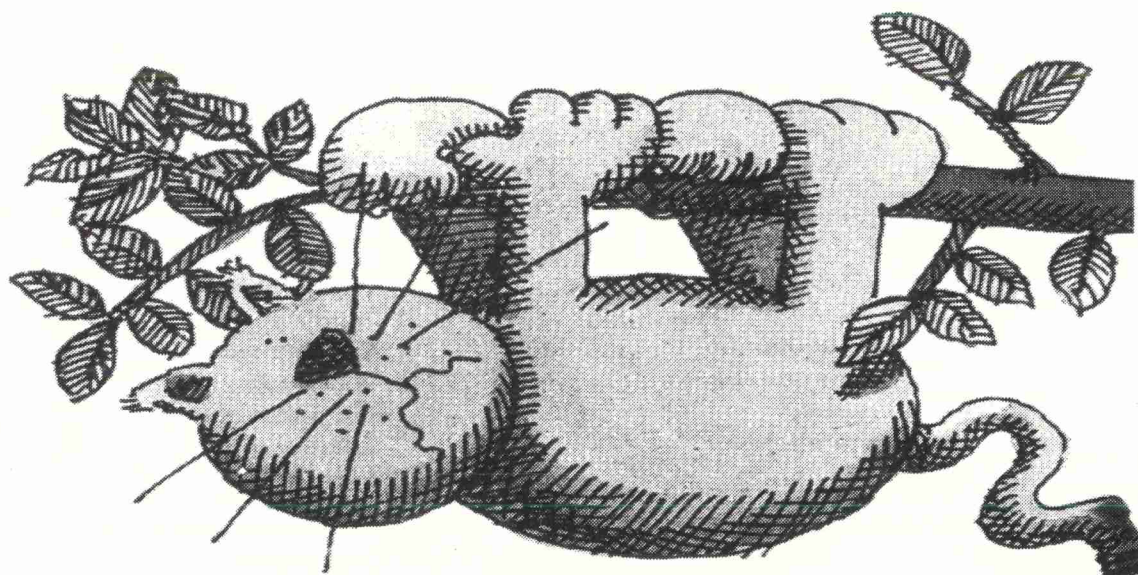
Il pronto soccorso nel bambino in via di soffocamento <i>D. ped. Osp. "Bufalini" Cesena</i>	3	46
Rianimazione cardio-polmonare nei bambini da uno a otto anni <i>F. Dessì, S. Fedele</i>	4	42

### Informazioni per genitori e pazienti

Prevenzione delle convulsioni febbrili	1	48
Come misurare il pianto nel lattante	2	48
Preparatevi ad allattare al seno <i>L. Piermarini, A. Biasini</i>	5	39

### Bilanci di salute

Colloquio prenatale nei corsi di preparazione al parto <i>G. Cerasoli</i>	4	36
Visita al neonato durante la degenza al "nido" <i>G. Cerasoli</i>	5	36





# MINIRIN<sup>®</sup>

*spray* (desmopressina)

**S.S.N. CLASSE A**

**MINIRIN<sup>®</sup>**  
**DDAVP**  
 Spray nasale  
 Desmopressina

*Avvertenze:  
 Attenzione: per l'uso  
 leggere attentamente il  
 foglio illustrativo.*

*Tenere il medicinale fuori  
 della portata dei bambini.*

*Conservare in frigorifero  
 (tra + 2°C e + 8°C) con  
 cappuccio protettivo  
 applicato sull'erogatore  
 nasale.*

**A.I.C. N. 028980301**

**Titolare A.I.C.:**  
**Ferring AB - Milano**  
 Concessionaria esclusiva:  
 per la vendita al pubblico  
**Valter SpA - Milano**  
 Concessionaria esclusiva:  
 Valter SpA - Milano  
 Milano, Tel. 02/76009991



SENZA OBBLIGO  
DI PRESCRIZIONE MEDICA

# BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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