

quaderni acp

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



edizioni no profit ACP

La rete che non c'è

IX CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Alberobello (Bari) 24, 25, 26 ottobre 1997

Cari amici,

il prossimo appuntamento nazionale è ad Alberobello, in Puglia, dal 24 al 26 ottobre nella città dei trulli, immersa nel verde degli ulivi, ospitale e ricca di tradizioni culturali.

Il Congresso ha come obiettivo principale l'approfondimento della "domanda" (dei bisogni) dei bambini e delle loro famiglie. I problemi della salute non si identificano più con la sanità: dal momento che si è potuto dimostrare "scientificamente" che l'aver frequentato o meno la scuola materna, ovvero l'essere usciti da scuole medie con insegnanti motivati influisce significativamente sul successo o l'insuccesso (droga, carcere, ricorso alla pubblica assistenza) nella vita, pensiamo sia questo un campo in cui abbiamo da impegnarci insieme agli operatori della scuola. Li incontriamo per discutere

assieme e proporre obiettivi comuni.

Non mancano contributi di discussione per migliorare la nostra "offerta": dal counselling, alla dermatologia, alla immunoterapia, alle cure per il neonato di basso peso, alle problematiche del bambino con obesità... Faremo il punto sulla celiachia con il prof. Auricchio.

In tempi di cambiamenti profondi dell'organizzazione sanitaria nel nostro Paese ci è sembrato opportuno un confronto sul futuro della Pediatria in Italia. Sia quella delle cure primarie, che quella ospedaliera, valutandone sia gli aspetti organizzativi che quelli di efficienza: un'economista sanitaria, la prof.ssa Dirindin di Torino, ci aiuterà in questa analisi e nelle eventuali proposte.

Il menù è invitante, il resto lo farà la ottima cucina pugliese!

Arrivederci ad Alberobello

Venerdì 24 ottobre

- Figli d'Italia; quanti, quali e come *Volpi* (Firenze)
- Indicatori-base di salute del bambino *Gruppi di lavoro ACP*
- Interventi efficaci in Pediatria preventiva *Panizon* (Trieste)
- Il counselling: dalla teoria alla pratica *Bert, Quadri* (Torino)

ore 13,30 break

Incontro con gli operatori della scuola

- "Dialoghi di scuola e salute": i problemi e le risorse
- I disturbi dell'apprendimento *Ciotti* (Cesena)
- La dispersione scolastica *Siani* (Napoli)
- Lo sviluppo cognitivo del bambino con handicap *Cuomo* (Bologna)
- L'integrazione del bambino a scuola *Martino* (Ostuni)

Sabato 25 ottobre

- L'immunoterapia in Pediatria *Armenio* (Bari)
- Il bambino con obesità *Caroli, Chiarappa, Furet* (Bari, Parigi)
- Statement sulla ricerca in Pediatria ambulatoriale *Gruppo di lavoro ACP*
- Le cure per il neonato di basso peso: il sistema della madre-canguro *D'Avanzo, Cattaneo* (Trieste)

ore 13,30 break

- (Ri) leggere la celiachia *Auricchio* (Napoli)
- I fattori di localizzazione in dermatologia pediatrica *Arcangeli* (Rimini), *Bonifazi* (Bari)
- Assemblea con l'elezione del Presidente, di cinque Consiglieri e del Revisore dei Conti*

Domenica 26 ottobre

- Presentazione delle ricerche nell'area delle cure primarie
- Tavola rotonda su "Quale futuro per l'assistenza pediatrica in Italia?" *Dirindin* (economista sanitario, Torino), *Calia* (pedibas, Roma), *Tedeschi* (pediatra osp., R. Calabria)

Segreteria organizzativa:

Domenico Bruno tel. 080/721747, 0330/938871

Fax 080/9325706

Inviare i contributi per la sessione ricerca a:

Michele Gangemi, via Carlo Ederle n° 36 - 37126 Verona

Per prenotazioni alberghiere e iscrizioni: Agenzia GLOBO, tel.fax 080/9322686; quota di partecipazione: Lit. 250.000

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@line.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@skyol.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.

La rivista è parzialmente pubblicata in Internet alla pagina web:

www.americaninternet.com/acp
Dalla stessa pagina è possibile accedere a numerose risorse didattiche per il pediatra

Il disegno di copertina e le altre illustrazioni di questo numero sono tratte da "Time to Sleep, Little Scheep" di Jan Barger, pubblicato da Hodder Children's Books, a division of Hodder Headline London 1996.

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 (via Carlo Ederle, 36 - 37126 Verona) 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.

Associazione Culturale Pediatri "Umbria"

XII GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

Perugia 19, 20, 21 settembre 1997

Venerdì

- 9,00 *Sessione Pediatria e società: dal dire al fare*
- Le esperienze internazionali *F. Panizon* (Trieste)
- Alla ricerca dei valori terapeutici:
l'associazionismo giovanile *L. Greco* (Napoli)
- L'adozione sociale *G. Tamburlini* (Trieste)
- Una scuola per tutti *A. Labonia* (Perugia)
- La città dei bambini: a passeggio a "Porta Pesa"
C. Sereni (Perugia)
- Editoriale - La qualità delle cure in pediatria ambulatoriale
G. Biasini, A. Alberti (Cesena)
- 16,30 Reazioni avverse gravi e rare ai vaccini,
e il rifiuto vaccinale *G. Bartolozzi* (Firenze)
- 17,45 Il punto sull'otite media effusiva *E. Zocconi* (Trieste)

Sabato

- 9,00 I test di sviluppo psicomotorio nell'ambulatorio
del pediatra di famiglia *C. Laicardi* (Roma)
- Intervento peordinato *F. Ciotti* (Cesena)
- 10,00 La valutazione neurologica del bambino
in ambulatorio attraverso l'osservazione *G. Cioni* (Pisa)
- 10,45 I casi di Pasquale *P. Alcaro* (Soverato)
- 11,15 *Gruppi di lavoro*
- 15,00 Ospedale e pediatra di famiglia:
la dimissione precoce e l'iniziazione all'allattamento al seno
D. Baronciani (Lecco), *S. Quintero* (Trieste)
- 16,30 Il punto sulla displasia dell'anca *G. Atti* (Ferrara)
- 17,00 *Gruppi di lavoro*

Domenica

- 9,00 Novità in pediatria, parte II *F. Panizon* (Trieste)
- 10,00 Ecografia e fegato *G. Maggiore* (Pisa)
- 11,00 Pillola sulla scoliosi *G. Maranzana* (Trieste)
- 11,30 La clinica dell'immunità fragile *A. Ventura* (Pisa)
- 12,15 *Gruppi di lavoro*
- Casi clinici *P. Alcaro* (Soverato)
- Insegnare l'allattamento al seno *S. Quintero, R. Davanzo* (Trieste)
- La valutazione neuromotoria e cognitiva *G. Cioni*
- 17,00 Vaccini *G. Bartolozzi* (Firenze)
- La displasia dell'anca *G. Atti*
- Ortopedia *G. Maranzana* (Trieste)

Informazioni:

Lucio Piermarini, tel. 0744/403172

Franco Passalacqua, tel. 075/5726350

Segreteria organizzativa:

Tre emme congressi s.r.l. via Risorgimento 4, 56126 Pisa

tel. 050/44154 - 20583. Fax 050/500725

e-mail: treemme@sirius.pisa.it

Società Europea di Pediatria Ambulatoriale

VIII CONGRESSO EUROPEO SERPA

Firenze 15, 16 novembre 1997

Sabato

- 9,00-12,00 Le depistages ou screenings: les definitions, les methodes, les implications psychologiques. *Moderatür M. Gangemi*
- Aspects methodologiques *D. Baronciani* (Lecco)
- Le depistage entre efficacite et efficience *R. Buzzetti* (Bergamo)
- Bilans de sante *L. Venturelli* (Bergamo)
- Les implications psychologiques *S. Perobelli* (Verona)
- Les programmes de depistage en Suisse *J. C. Vuille* (Berne)
- Les programmes de depistage au Portugal *E. Sancho, E. Rocha* (Faro)
- Les programmes de depistage en Espagne *J. M. Cervera* (Barcelona)
- Comunications libres *P. L. Tucci* (Firenze)

- 14,30-16,00 Nouvelles techniques de depistage en Pediatrie
Modérateur L. Gonzales, Trapote (Barcelone)
- Les otoemissions acoustiques dans le depistage du nouveau-ne
J. M. Cubells, J. M. Gairi (Barcelone)
- Depistage des troubles des apprentissages et des difficultes
scolaires chez le jeune enfant en grande maternelle (5 à 6 ans)
J. P. Blanc, J. Langue (Lyon)
- Depistage visuel avec le "photoscreener" a l'ecole *M. T. Benitez*
(Madrid)
- Depistage des affections allergiques en pratique ambulatoire:
utilite et perspectives *M. Reinhardt* (Lausanne)
- Depistage du neuroblastome en autriche et en France *R. Kerbel* (Graz)
- Depistage des troubles affectifs au cours de l'adolescence.
Utilisation de la "children's depression scale" de M. Lang et M.
Tisher *J. Cornella* (Gérone)
- Comunications libres *M. Pierattelli* (Firenze)

Domenica

- 9,00- 9,30 Les polyamines alimentaires, agents preventifs des
allergies. Project d'etude multicentrique *G. Dandrifois, Fosse*
- 9,30-10,00 Proposition de recherche multicentrique sur la qualite
de vie de l'enfant *A. Dazord, S. Manificat* (France)
- Comunications libres *G. Bartolozzi* (Firenze)
- Presentation de la revue "Ambulatory Child Health", la revue
officielle de la SERPA *F. P. Glascoe* (Nashville)
- Le ctiteres de l'identification du nouveau-ne a risque psychoso-
cial et les propositions de l'intervention *G. Tamburlini, A.
Macaluso, P. Materassi, S. Pivetta* (Trieste)

Informazioni:

Michele Gangemi, tel. 045/913988

Segreteria organizzativa:

ACP Toscana

Sial Group Congress

via A. Soffici 60, 50047 Prato

tel. 0574/635343 fax 0574/632596

quaderni

- 6 Editoriale
- 8 Congressi Controluce
- 10 Ricerca
- 12 Ricerca
- 16 Libri
- 18 Educazione sanitaria
- 20 Nessuno scrive al colonello
- 22 Organizzazione sanitaria
- 23 ACP
- 24 Info
- 25 ACP News
- 26 World - Info
- 28 Lettere
- Comunità e salute: la rete che non c'è *G. Biasini*
- Copanello - Cesena - Milano - Siracusa
- La ricerca nell'area delle cure primarie del bambino *M. Gangemi, G. Tamburlini*
- Conoscenze, attitudini e gestione della febbre nei bambini *P. Impicciatore et al.*
- Le recensioni del mese *N. D'Andrea*
- Il pappamondo *M. Iaia*
- Lettera aperta a una divisione di pediatria *F. Dessì*
- Lessico poco familiare: il sistema APQ *Rubrica redazionale*
- Candidature del direttivo e dei gruppi locali - Scheda per la votazione
- Notizie di interesse sanitario dall'Italia *Rubrica redazionale*
- Dentro l'ACP *Rubrica redazionale*
- Notizie di interesse sanitario dal mondo *Rubrica redazionale*
- Scrivono a quaderni acp *R. Forcucci, P. Di Blasio, C. Di Maio*

ausili didattici

- 32 Leggere & Fare
- 37 Bilanci di salute
- 39 Un po' per gioco
- 40 Abc in pratica
- 42 Informazioni per gen. e paz.
- 44 Abc in pratica
- 45 Saper fare
- 48 Saper fare
- 51 Rassegna bibliografica
- 55 Il caso che insegna
- Informazioni pratiche per persone pratiche *Rubrica redazionale*
- Come condurre la visita a nove mesi *G. Cerasoli*
- Signori fate il vostro gioco! *L. Piermarini*
- Linee guida per il follow-up delle infezioni urinarie *Dip. Materno Infantile A. USL Cesena*
- L'infezione intestinale con diarrea e/o vomito *A. Brunelli*
- Convulsioni febbrili: che fare? *P. Siani*
- Le cardiopatie congenite *M. Pasini*
- Linee guida per seguire un ragazzo con Sindrome dell'X fragile *A. Brunelli*
- I bambini con bisogni speciali *G. Cirillo*
- Presentazione di una nuova rubrica

Comunità e salute: la rete che non c'è

Giancarlo Biasini

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 6-7

Il 24 e 25 maggio a Cesena, al convegno "Comunità e salute: Italia ed Europa a confronto", si sono messi a confronto alcuni modelli europei di medicina di comunità, inerenti la tutela della salute del bambino/ragazzo.

Al di là delle ovvie differenze di dettaglio Giorgio Tamburlini, nella sua introduzione, si è chiesto se si deve ritenere necessario che esista un centro, un'agenzia, una struttura, una funzione che si occupi di coordinare e integrare le attività di tutti coloro che lavorano nel campo. Oppure se ognuno, in Italia, può continuare a fare per conto suo, può continuare a essere monade senza finestre.

I modelli europei discussi sono stati quello portoghese (prof. Mario Cordeiro, *Lisbona*), quello inglese (David Hull, *Sheffield*) e quello svizzero, principalmente quest'ultimo, per vaccinazioni ed educazione sanitaria (Gianfranco Domenighetti, *Lugano*).

In ogni modello esiste, comunque, un'agenzia che si occupa di quella che oramai viene chiamata "community diagnosis" e che consiste in una successione di passi logico/organizzativi: identificazione dei problemi, dei bisogni e delle risorse e successivamente definizione di priorità. Successivamente si passa alla definizione di obiettivi, scelta di strategie, definizione di attività, sviluppo di attività.

Infine si procede alla valutazione dei risultati o dei processi con modalità di vario genere.

È stato estremamente interessante ascoltare un grande dell'economia sanitaria come Gianfranco Domenighetti rispondere a un congressista che chiedeva se, nel suo paese, le attività venivano valutate: quasi con stupore Domenighetti ha detto "ma certo: tutto viene, in vari modi, valutato".

Dunque il primo approccio ai problemi è epidemiologico, anche se talvolta, o spesso, valutato con metodologie diverse e più semplici dell'approccio epidemiologico o sociologico classico. Paola Facchin ha presentato, a questo proposito, un esempio di "osservazione della comunità" mediante elaborazione di semplicissimi dati correnti per individuare problemi e valutare la necessità di un intervento se i problemi emergono a livello di interesse comunitario.

Ha presentato dati desunti dalle schede di dimissione, sull'alcolismo giovanile confrontato alla tossicodipendenza e sulle paralisi cerebrali infantili.

Massimo Farneti ha dato, invece, un esempio di metodologia applicata alla lettura dei bilanci di salute, effettuati dai pediatri di famiglia, per un periodo di 12 anni e con una copertura attuale del 92%. L'ipotesi che sottostà a un lavoro del genere, e che è tuttora da verificare, è la possibilità di fare emergere, da dati registrati in continuo, un trend della salute comunitaria. Francesco Ciotti parlando di disordini del linguaggio, di malattie croniche, di handicap ha cercato di rendere palese che senza una integrazione di competenze fra neuropsichiatri e pediatri e psicologi non si arriva né a una soddisfacente comprensione né a una soddisfazione dei bisogni dell'infanzia.

Sempre in tema di "gestione dell'informazione" Roberto Buzzetti ha presentato i risultati di una inchiesta condotta su 54 Aziende USL (pari a 1/7 della popolazione italiana) tendente a chiarire quali informazioni i servizi posseggono, e quindi possono gestire, sulla salute della comunità e, congiuntamente, sulle proprie attività: si può dire che i soli dati soddisfacentemente gestiti sono le vaccinazioni, il controllo delle malattie infettive, le iniziative di educazione sanitaria. Dalla stessa indagine è emerso, a latere, che momenti di comunicazione/integrazione fra agenzie e professionisti che si occupano di assistenza a bambini/ragazzi sono in atto in 18 USL su 54 e momenti di valutazione delle attività in 17 USL su 54. Situazione un po' diversa da quella raccontata da Domenighetti.

Questo, come già aveva rilevato Tamburlini nella introduzione, è il punto critico del sistema: una "rete" comunitaria in Italia, al contrario che in altri paesi europei, non c'è e ciò comporta la difficoltà ad avere informazioni per progettare interventi.

L'ipotesi che si sta studiando in ACP, a cura di un gruppo, coordinato sempre da Giorgio Tamburlini, è quello della elaborazione per ogni Azienda USL di un gruppo di indicatori di salute comunitaria di facile reperibilità.

Per dare solo qualche esempio, oltre ai consueti dati di mortalità e di copertura vaccinale, le gravidanze in teenagers, l'allattamento al seno al 3° mese, l'AIDS, le paralisi cerebrali infantili, le morti violente (15/19 aa), le disabilità nella scuola dell'obbligo, i reati dei minori, l'evasione/dispersione scolastica, i bambini istituzionalizzati, gli iscritti alle scuole materne e almeno un indicatore di eguaglianza nell'accesso alle cure. Questi indicatori potrebbero essere inseriti stabilmente nel processo decisionale regionale e locale.

È interessante leggere, sul numero di aprile 1997 degli *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, il messaggio presidenziale dell'Ambulatory Pediatric Association che è, né più né meno, che una "community diagnosis": in USA un bambino su cinque vive in povertà, mezzo milione di bambini nascono ogni anno da teenagers, 14 bambini /ragazzi sono uccisi ogni giorno da armi da fuoco, 2.3 milioni di bambini sono trascurati o abusati, 450.000 ragazzi sono sotto controllo dallo Stato per varie ragioni, 16 milioni di bambini/ragazzi non hanno alcuna assistenza sanitaria.

Oggi in Italia non esistono agenzie che posseggano tutti o anche solo parte degli indicatori che abbiamo sopra elencato, attualmente solo come ipotesi; la mancanza di indicatori espone i "punti" della rete che non c'è, e che non pochi non vogliono, (i servizi sanitari e sociali dell'infanzia, i pediatri di famiglia, i centri vaccinali ecc.) a far conto di informazioni occasionali, personali, segregate e "puntiformi" come Salvo Fedele e Donatella Natoli hanno messo in evidenza con i dati dell'ACP Palermo su allattamento al seno, mortalità infantile e istituzionalizzazione dei minori.

Come ha messo in evidenza Cesare Ghitti con i dati sulle malattie croniche del bambino gestito da una coalizione di professionisti e di strutture nelle vallate lombarde più isolate (il cosiddetto "bambino distante").

Questa raccolta di dati non è ancora "community diagnosis", ma è un evento che comunque la precede nel campo della definizione dei problemi ed è certamente un fattore di risparmio che evita interventi spesso sprogrammati e sproporzionati e consente di mirarli sul reale.

In Gran Bretagna questo lavoro lo fa *Health Authority Child Health Clinic*, in Portogallo la Unità di salute del bambino (traduzione di Cordeiro dal portoghese in inglese: *Health Child Unit*). Ambedue si servono di tutti i servizi, compresi e per primi i medici di base, i quali possono dire di passare da una assistenza a gruppi di malati a una assistenza a una comunità solo se inseriti in una sistema del genere ovviamente "area based". In Gran Bretagna presiede al tutto un Consultant in Community Pediatrics (David Hull ha detto di essersi dovuto

occupare di questi problemi e di averli dovuti studiare e imparare, da grande).

Cosa succede nell'Italia ufficiale dei ministeri?

Il dr. Nicola Falcitelli, direttore generale della programmazione del Ministero della Sanità, ha fatto il punto sulla situazione italiana. L'obbligo sancito dal Piano Sanitario Nazionale 1994/96 di istituire un contenitore di queste iniziative (il Dipartimento) è andato a vuoto.

Il dr. Falcitelli lo ha chiaramente ammesso.

Dalla discussione sulla relazione è emerso chiaro che anche le regioni che, a una indagine del ministero, hanno dichiarato di avere ottemperato in verità lo hanno eluso.

Sarebbe interessante conoscere anche quale fine ha fatto la proposta del Ministero della Sanità di istituire a livello delle Aziende sanitarie degli analoghi "dell'osservatorio permanente della salute dei giovani" istituito nel 1996 a livello ministeriale. Il dr. Paolo Onelli responsabile dell'ufficio minori del Dipartimento affari sociali della Presidenza del Consiglio ha, invece, sottolineato la necessità che la "rete" (dipartimento, agenzia, struttura, qualcosa insomma) nasca perché necessaria per mettere in atto il Piano d'azione del governo per i minori varato il 28 aprile 1997 e nasca anche un punto centrale di confluenza fra tutti coloro che si occupano di salute del bambino/ragazzo. Il Piano d'azione prevede, infatti, la produzione "di un corpo organico e commentato di dati statistici e di indicatori che miri a offrire strumenti di riflessione e di orientamento per coloro che operano nella produzione della realizzazione degli interventi sanitari e sociali rivolti all'infanzia/adolescenza".

Come debba essere questo centro della rete è certo importante, ma più importante è che nasca la "rete".

Al congresso ACP di Verona dell'ottobre 1996 sono state espresse chiaramente due ipotesi che da tempo l'ACP ha definito: l'ipotesi di "Dipartimento di struttura" e l'ipotesi di "Dipartimento di funzione operante per progetti" con una preferenza per quest'ultima. (A questo proposito - sia detto per inciso - abbiamo letto un editoriale un po' naif sulla inutilità della medicina di comunità con la scoperta della differenza fra "funzione" e "struttura": complimenti!)

Le dimensioni di questa agenzia?

Cordeiro ha dato qualche indicazione: ogni 200 medici generici (cioè ogni 200.000-250.000 abitanti e cioè ogni 35.000-40.000 bambini) in Portogallo si prevedono 8 pediatri per la medicina di comunità (1 ogni 4.000-5.000 bambini/ragazzi) i quali svolgono anche attività di consulenza per i medici generalisti. Negli schemi che sono stati presentati nei corsi di pediatria di comunità organizzati dall'ACP l'ipotesi era di un pediatra (o di 38 ore settimanali a convenzione) per 5.000 bambini/ragazzi per garantire tutte le attività comunitarie, comprese le vaccinazioni e tutti gli altri interventi di salute pubblica spesso gestiti dai servizi di Igiene pubblica.

Due indicazioni, quella italiana e quella portoghese nettamente consonanti. Probabilmente si potrebbe prendere in seria considerazione l'ipotesi di cominciare da qui.

È chiedere troppo? ■

COPANELLO

Penultimo incontro
(XIX) tra i pediatri delle
regioni meridionali

Mai perdersi l'incontro di Copanello, mai perdersi un incontro ACP! Non che non ci sia mai nulla da buttare (anche se c'è sempre chi, per necessità, va a rovistare anche tra i rifiuti), nessuno è così presuntuoso da crederlo e Pasquale Alcaro meno di tutti; ma è che, al di là della sempre abbondante quantità di nozioni, trucchi, novità, utili per l'attività di tutti i giorni che si potrebbe, e sottolineo potrebbe, trovare in un qualsiasi altro incontro di aggiornamento, si riesce sempre a tornare a casa più ignoranti e più incazzati di prima. Più ignoranti a causa delle sistematiche aperture mentali provocate dalla riproposizione critica di problematiche apparentemente stabilizzate e invece rivisitate in maniera puntuale e accessibile ai più, che saremmo noi, siamo costretti a rivedere costantemente il nostro modo di operare (vedi criptorchidismo e varicocele, bronchite, asma). Più incazzati per la scoperta, anche questa disperatamente rinnovantesi, che nelle nostre realtà locali per lo più la gestione della sanità si muove completamente al di fuori dei parametri della "medicina basata sulle certezze" e che noi ci troviamo di conseguenza, volenti o nolenti, a tenere bordone e talvolta a sostenere col nostro lavoro strutture improduttive e dannose per la salute (vedi "il mercato della salute", la riabilitazione, il malato con FC).

Non è possibile comunque raccontare qui tutti i particolari: come in tutti i migliori giornali li troverete in cronaca, cioè su *M & B*. Quello che però non troverete da nessuna parte è l'atmosfera, le chiacchiere, le battute, il calore umano, tanto più preziosi quanto più cresce il timore di non poterne più godere, almeno stando a quanto si legge nella intestazione di Copanello '97. Chi quest'anno si fosse imbattuto nella locandina di Copanello senza conoscere nulla della sua storia e del suo organizzatore probabilmente avrebbe prima aguzza-

to gli occhi, poi la mente e, dopo aver pensato un attimo a una improbabile ventesimultima prima edizione, avrebbe tirato diritto per la sua strada. Ahi noi, non possiamo dire lo stesso! Conoscendo, almeno un po', il cuore creatore di quella che è stata la "madre" di tutti i convegni-incontri ACP, siamo stati subito investiti da sentimenti contraddittori. Risentimento innanzitutto per una fine prossima annunciata, anzi sbattuta in faccia, quasi a volere dichiaratamente stupire: ma come penultimo? che vuol dire? non ci sarà più un Copanello? e perché? Preoccupazione subito dopo per il sospetto di una situazione di sofferenza del "cuore" pensante: che sarà successo? che Pasquale abbia qualche problema? Eppure sembrava che tutto andasse bene. Simpatia ancora: ma sì, chi glielo fa fare? Dopo vent'anni uno ha pure il diritto di rompersi! Fa bene a riposarsi, a coltivare fiori e piante, a riguardarsi la salute. Magari riesce anche a smettere di fumare. Sospetto, ma piacevole e fiducioso, infine: eppure non quadra, non è il tipo. Lo ha già fatto una volta. No, non ci caschiamo. Se distrugge è per rinascere dalle ceneri più splendente di prima, come la "Fenice".

L. P.

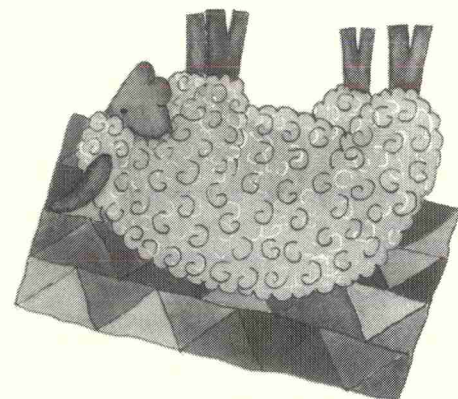
CESENA

Il Maastricht Sanità

A Cesena il 24 e 25 maggio si è tenuto il convegno su "Comunità e salute: Italia ed Europa a confronto" (vedi editoriale). Per la prima volta in Italia si parla di medicina di comunità con chi la fa all'estero; un passo avanti nel tentativo di capire e nell'approfondimento del tema. D. Hull di Sheffield (Gran Bretagna), M. Cordeiro di Lisbona, G. Domenighetti di Lugano hanno esposto le linee secondo le quali si progetta e si valuta nei loro paesi l'assistenza all'infanzia con visioni di tipo comunitario. N. Falcitelli, direttore genera-

le della programmazione del Ministero della Sanità ha dipinto, si deve dire con chiarezza, le occasioni perdute dell'Italia con la non attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1994/96 nel campo della salute materno infantile. Non è lontana solo l'Europa di Maastricht! Paolo Onelli reponsabile dell'ufficio minori della Presidenza del Consiglio, un giovane funzionario ministeriale, ha dato qualche speranza. Parlava in modo che si capisse, con entusiasmo, chiamava la gente a lavorare attorno a un progetto (il Piano d'azione del governo per i minori). I convegnisti lo seguivano come uno di loro. Succede di rado con i funzionari ministeriali, ma può ancora succedere. Non lo credevamo più. Questo Onelli forse lo sentiremo ancora nelle riunioni ACP. I partecipanti sono stati duecento nella prima giornata (quella degli stranieri) e di questi centodieci hanno resistito eroicamente anche nella mattinata di domenica quando si parlava di esperienze locali e, invece degli stranieri, c'era gente come noi. Relazioni nei tempi dovuti, discussioni, come al solito, che avrebbero richiesto più tempo di quello programmato. Un piccolo passo avanti da parte di chi si occupa di pediatria di Comunità.

G. B.



MILANO

Bella: percorso
di ricerca in pediatria di
base

Si è conclusa con l'incontro del 31 maggio - 1 giugno la prima parte del perCorso in pediatria di base organizzato dall'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano nel periodo novembre 1996 - giugno 1997; abbiamo chiesto a Costantino Apicella, uno dei frequentatori del corso, un'istantanea. Eccola.

"Maurizio Bonati e i suoi collaboratori hanno animato questo corso che si è tenuto a Milano e a cui hanno partecipato ventidue pediatri di base, provenienti da dieci regioni e quattordici province.

Gli obiettivi sono stati quelli di offrire le conoscenze di epidemiologia, le tecniche di documentazione, una rete di collegamento, una possibilità di supervisione a operatori delle cure primarie per metterli in condizione di ideare, condurre e portare a termine ricerche scientifiche metodo-

logicamente corrette.

Il perCorso si è articolato in quattro incontri residenziali nel periodo novembre 1996 - gennaio 1997 e marzo 1997 - giugno 1997 di un fine settimana ciascuno suddivisi tra teoria (mattina di sabato e di domenica) e pratica (esercitazioni al computer, uso del Medline sabato pomeriggio) ed hanno seguito un disegno logico che è partito dai bisogni dell'informazione (pediatra - bambino - famiglia) per giungere al *maltrattamento/abuso* (pediatra - bambino - famiglia - servizi sociali) passando attraverso i problemi dell'economia (pediatra - servizio) e la gestione della cronicità (pediatra - bambino - famiglia - servizio).

Nell'ultimo incontro, come primo prodotto del corso, sono state presentate dieci proposte di ricerca che hanno subito una prima fase di discussione.

Per settembre 1997 queste proposte diventeranno operative, sarà elaborato il protocollo definitivo e costituiranno l'oggetto della seconda parte del perCorso Bella che si svolgerà nel periodo novembre 1997 - settembre 1998 e che questa volta sarà itinerante, cioè gli incontri saranno volta per volta nella sede dei gruppi che gestiscono le varie ricerche.

In conclusione tanto è stato detto e tanti semi sono stati gettati (sono stati distribuiti sette chilogrammi di materiale cartaceo, tra libri in bozza non ancora in commercio e fotocopie di articoli della letteratura), come pure le basi di un rapporto, perché no, anche extralavorativo, tra persone con storie e percorsi diversi. Il tempo aiuterà a sedimentare le scorie e ad esaltare i buoni sapori e i buoni profumi in questo gruppo di pediatri così come nel vino di buona qualità".

SIRACUSA

Lo streptococco
alle "Siracusane"

Alle Giornate Pediatriche Siracusane del giugno scorso un giovane pediatra, di fronte a una diversità di opinioni nella tavola rotonda sul "nuovo" nel trattamento delle infezioni da streptococco, si è lamentato: "noi veniamo ai congressi per avere certezze!". Assael gli ha risposto che agli "esperti" si potevano chiedere gradi di probabilità e non certezze; ha aggiunto che per il trattamento dello streptococco il grado di probabilità di guarigione e di non complicanze reumatiche garantito dal trattamento con i farmaci ufficialmente raccomandati (Penicillina, Eritromicina) poteva essere del 90%. E che la prospettiva futura poteva essere quella di utilizzare altri farmaci (le cefalosporine?) non per aumentare le probabilità di sicurezza, già alte, ma semmai per ridurre i giorni di terapia e aumentare la compliance. È stato questo, ci è sembrato, il punto più sentito, più caldo e più pedagogicamente alto delle Giornate Siracusane: certamente perché più legato alla pratica del quotidiano del pediatra. Alcune relazioni hanno risentito, forse eccessivamente, dell'accademia, mentre Cadranell, con la sua relazione sull'endoscopia digestiva, ha compiuto il miracolo di conciliare accademia e pratica. Cosa che ai più non riesce.

G. B.





quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 10-11

Progetto "ricerca nell'area delle cure primarie del bambino"

Michele Gangemi, Giorgio Tamburlini

Progetto discusso e approvato dal Consiglio Direttivo ACP il 23 maggio 1997

Il percorso

L'inizio formale dell'attività di ricerca in pediatria ambulatoriale risale al 1984 (Seminario ACP di Tarquinia).⁽¹⁾ Gli obiettivi erano allora prevalentemente incentrati sulla nascita di una cultura della pediatria di base che, nata da poco e unico esempio in ambito internazionale, aveva bisogno di riflettere sulle proprie peculiarità e sui modelli organizzativi (gruppi locali) per superare il forte isolamento culturale e l'assenza di formazione in ambito universitario. Va subito sottolineato che inizialmente esisteva una precisa connotazione di ricerca limitata alla pediatria di libera scelta e che solo più tardi il "setting" è stato individuato in maniera più estensiva nella pediatria ambulatoriale con le connessioni necessarie con la pediatria di comunità. Questa connessione tra pediatria di libera scelta e pediatria di comunità, auspicata in un editoriale di *M. & B.* risalente al 1992⁽²⁾, non è di fatto mai stata compiutamente raggiunta e la stessa ricerca sulle malattie croniche svolta in ambito ACP⁽³⁾, condotta nell'ambito dei Servizi, ha avuto una ricaduta modesta nell'ambito della pediatria di libera scelta, sia pure con rilevanti eccezioni (vedi l'esperienza del gruppo di Bergamo ed il progetto della regione Emilia-Romagna)⁽⁴⁾. Oggi il termine che sembra definire meglio l'ambito cui si riferiscono le attività di ricerca che il progetto intende stimolare e promuovere è ricerca nell'area delle cure primarie del bambino. A partire dal 1992, inoltre è stato discusso ed elaborato un documento programmatico per la ricerca in pediatria di base. Rileggendo tale documento è evidente come uno dei punti caratterizzanti, quello relativo alla partecipazione dei pediatri all'individuazione delle priorità anche in campo nazionale, non sia mai stato sviluppato adeguatamente. Questo punto è cruciale perché difficilmente la ricerca produrrà cambiamento se subita, anziché consapevolmente proposta.

I prodotti

Da una revisione dei lavori prodotti dalle attività di ricerca e pubblicati negli ultimi dieci anni, presentata al congresso ACP 1996 di Verona e da un audit delle ricerche in corso risulta che:

- Il lavoro svolto non appartiene a tutta la rete, coinvolgendo solo in parte i gruppi locali.
- I lavori sulla *formazione* e *l'organizzazione* sono di buon livello e si tratta di riprodurre i modelli adottati in altri contesti come obiettivo comune e prioritario dei gruppi.
- Il processo dell'autovalutazione quasi mai viene portato a termine con la verifica del cambiamento nella propria pratica e del benessere clinico e assistenziale dei pazienti.
- La ricerca valutativa è prevalentemente descrittiva.
- La capacità di "lettura" delle informazioni scientifiche prodotte potrebbe migliorare attraverso percorsi che riguardano i problemi correnti della pediatria di libera scelta.
- Esistono alcuni bisogni rilevanti della popolazione pediatrica che non hanno finora trovato adeguato approfondimento e qui la pediatria di libera scelta può rappresentare un importante osservatorio e un'interfaccia tra Servizi Sanitari e Sociali, Scuola, Centri Specialistici.
- Alcuni esempi di progetto in corso (allattamento al seno⁽⁵⁾, wheezing⁽⁶⁾) testimoniano la fattibilità di un progetto di rete rivolto a produrre informazione scientifica affidabile su problemi rilevanti.



- La visibilità del lavoro svolto, anche in termini di pubblicazioni e di presenza in campo nazionale e internazionale, poteva e doveva essere maggiore.
- La qualità è a volte insufficiente e comunque migliorabile.
- Vi è la necessità di un attento monitoraggio (registro) delle ricerche che si attivano in ambito locale.

Le proposte

In base all'analisi fatta, a cui va aggiunto lo scenario attuale che vede gruppi locali o singoli coinvolti in attività di ricerca in assenza di un "controllo di qualità" sui temi e sui disegni sperimentali, ci sembra necessario definire un progetto in ambito ACP che punti ai seguenti obiettivi:

- Formazione alla ricerca, che permetta di mettere nelle condizioni i pediatri operanti nell'area delle cure primarie di leggere criticamente i lavori prodotti in altri contesti e di elaborare ipotesi di ricerca, definire protocolli ed elaborare dati.
- Produzione di lavori che abbiano rilevanza nel contesto nazionale ed internazionale, in rapporto all'individuazione dei bisogni conoscitivi (razionale clinico-terapeutico e preventivo).
- Moralizzazione della ricerca per evitare innanzitutto l'esposizione dei bambini a ricerche non rilevanti e lo sfruttamento dei pediatri ambulatoriali, per le finalità di industrie farmaceutiche. Purtroppo le varie commissioni per la sperimentazione umana, istituite da varie aziende sanitarie o regioni, non sono riuscite a raggiungere lo scopo di arginare ricerche inutili o irrilevanti e spesso addirittura forniscono alibi per adesioni poco convinte. L'ACP pertanto ritiene necessario impegnarsi su questi punti, per i prossimi tre anni, mettendo in campo le seguenti risorse:
- Costituzione di una Segreteria ACP permanente, finanziata dall'ACP stessa, con funzioni di coordinamento, informazione, raccordo.

Sarà compito della Segreteria tenere un registro aggiornato delle ricerche in corso, anche a carattere locale. La Segreteria, con sede a Verona, si avvarrà della collaborazione del Laboratorio Salute Materna Infantile, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano e dell'Unità di Ricerca nei Servizi Sanitari dell'Istituto di Ricerca "Burlo Garofolo" di Trieste.

- Costituzione di un Comitato Scientifico con i seguenti compiti:

Valutazione delle proposte di ricerca che giungono dai gruppi locali, dal Consiglio Direttivo dell'ACP o da qualsiasi ente pubblico o privato per essere svolti in collaborazione con l'ACP.

Sostegno tecnico (epidemiologico-statistico e tecnico-scientifico) ai progetti approvati e comunque rilascio di parere scritto su tutte le proposte pervenute.

Revisione periodica delle priorità di ricerca ai fini dell'orientamento delle stesse.

Presentazione eventuale per finanziamento a Enti pubblici o privati di progetti di ricerca nazionali ACP o in collaborazione tra ACP e altri Enti.

Il Comitato Scientifico viene proposto, tenendo conto dell'esperienza in attività di ricerca e coordinamento e delle compe-

tenze specifiche di area clinica, di organizzazione dei servizi e epidemiologica, proposto nei seguenti tecnici: Assael, Baronciani, Bonati, Buzzetti, Gangemi, Mastroiacovo e Tamburlini. La Segreteria provvederà a sottoporre ad almeno due membri del Comitato Scientifico, nonché ad altri esperti individuati ad hoc, le proposte di ricerca che dovranno essere così presentate:

1. Titolo della ricerca e proponenti.
2. Razionale della ricerca (completa di riferimenti bibliografici).
3. Obiettivi della ricerca.
4. Materiali e metodi (comprensivi di campionamento, end points previsti e parametri per la loro valutazione, metodo di rilevamento dei dati, elaborazioni statistiche previste).
5. Eticità della ricerca e modalità per il consenso informato.
6. Tempo previsto per la ricerca.
7. Eventuali risorse finanziarie messe a disposizione.

I proponenti possono sottoporre il progetto con alcune parti incomplete chiedendo specifici suggerimenti al Comitato Scientifico.

La Segreteria nella sua funzione di stimolo si impegna a far circolare ipotesi di proposte in fieri tra i gruppi e di consultare il Comitato Scientifico per eventuali consigli.

È necessario che la Segreteria sia considerata da tutti i gruppi locali come raccordo tra loro e tra loro e il Comitato Scientifico. Le singole proposte di ricerca vengono sottoposte dalla Segreteria ad almeno due referee del Comitato Scientifico e approvate con entrambi i pareri favorevoli; se i pareri fossero discordi verrà interpellato un terzo esperto.

Un rapporto sull'andamento della ricerca è richiesto ogni sei mesi a tutti i responsabili dei progetti approvati e l'andamento del progetto è sottoposto a verifica annuale in occasione del Seminario del gruppo di ricerca in pediatria ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'attività di formazione alla ricerca la Segreteria si farà carico di organizzare seminari ad hoc con il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto "Mario Negri" e dell'Istituto "Burlo Garofolo".

Infine la Segreteria curerà i rapporti con altri gruppi in ambito europeo (Società Europea di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale SERPA, in cui l'ACP è rappresentata, e altre associazioni che si occupano di ricerche nell'area delle cure primarie) ed extraeuropee (American Academy of Pediatrics A.A.P. con cui già esistono contatti) ed eventuali altre associazioni.

Bibliografia

- (1) Panizon F. Il "Perché" della ricerca. L'identificazione del problema, *Medico e Bambino* 1985;4:284-6
- (2) Tamburlini G. Percorsi di ricerca, *Medico e Bambino* 1992;2:7-8
- (3) Marchetti F. et al. Parental and primary care physicians' views on the management of chronic diseases: a study in Italy, *Acta Paediatr* 1995;84:1165-72
- (4) Marengoni B. et al., *Il bambino con patologia cronica e ricorrente*, *Medico e Bambino* 1995;3:131-8
- (5) Conti Nibali S. et al., *La pratica dell'allattamento al seno*, *Medico e Bambino* 1995;9:457-463
- (6) Agostini M. et al., *Wheezing nei primi anni di vita*, *Medico e Bambino* 1992;2:84;91



ricerca

Indagine conoscitiva su un campione di mamme di bambini in età prescolare in tre diverse realtà italiane

Conoscenze, attitudini e gestione della febbre nei bambini

Piero Impicciatore, Simona Nannini, Chiara Pandolfini, Maurizio Bonati

Laboratorio per la salute Materno-Infantile

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 12-15

Per accordi con la redazione della rivista, la ricerca supera le previste 6.800 battute.

Abstract

Mothers' knowledge, attitudes and management of fever in their preschool children: an Italian national survey.

Study objective. To examine mothers' knowledge, attitudes and management of fever in their children.

Design. Interview of mothers of preschool children using a structured questionnaire administered by interviewers with no specific medical competence.

Setting. The metropolitan area of Milan in the north of Italy and two semi-rural areas, Lanciano and Montescaglioso, in the south of the country.

Participants. Of a total of 1.237 mothers who were interviewed, data analysis was performed in the 707 mothers who had coped with a febrile episode in their children during the previous month.

Main results. 59% of the mothers were concerned about fever in their children and 17% were very worried. At the onset of fever, 48% of the mothers gave their child an antipyretic and 18% called the physician immediately.

Paracetamol resulted as the most used antipyretic (93%). In logistic regression analysis, five variables were significantly associated with mothers' concern: the absence of previous information on the management of fever (OR = 2,2; 95%CI: 1,2-3,8), a temperature level >39°C (OR = 3,3; 95%CI: 1,9-5,9), if the child had no siblings (OR = 1,7; 95%CI: 1,2-2,4), a mother's low educational level (OR = 1,7; 95%CI: 1,1-2,9) and the residency of the mother in the south of Italy (OR = 1,6; 95%CI: 1,1-2,6).

For the request for a physician's visit, of the variables entered, the only explanatory ones were the mother's concern (OR = 2,3; 95%CI: 1,4-3,9) and the absence of previous information on the management of fever (OR = 2,7; 95%CI: 1,6-4,8).

Conclusions. These findings suggest that informing mothers on definition, consequences and treatment of fever can significantly improve their confidence in managing fever as reflected by decreased request for physicians' visits.

Better understanding of mothers' concern may promote effective communication between them and child health workers in order to establish the most effective information strategy for achieving long term behavior changes.

Key words: child, fever management, mothers' attitudes, survey.

Ringraziamenti

Questo studio è stato possibile grazie alla partecipazione di Giuseppe Ditaranto, Rosetta Forlin, Paola Giusti e Federico Marchetti, all'analisi di Andrea Violante e al contributo di Sergio Daniotti. Piero Impicciatore è intestatario di una borsa di studio concessa dalla Boehringer Ingelheim Italia.

Introduzione

La comparsa della febbre nei bambini rappresenta un'evenienza frequente ed è uno dei più comuni sintomi che si manifestano nei primi anni di vita. Nella maggior parte dei casi la sintomatologia febbrile è causata da infezioni virali come l'influenza e le infezioni delle vie respiratorie superiori.¹ In questi casi la febbre viene considerata parte integrante del sistema di difesa immunitario che l'organismo mette in atto per combattere le infezioni e che non sempre necessita di terapia.²

La prescrizione di un antipiretico non viene comunque intesa come un metodo per accelerare la guarigione o impedire l'insorgenza di complicanze, ma solo per ridurre il disagio del bambino e l'ansia nei genitori.³

Se la comparsa è improvvisa o la temperatura raggiunge livelli (ritenuti) elevati, la febbre rappresenta solitamente per i genitori un motivo di allarme e preoccupazione. In molti casi i genitori manifestano una eccessiva preoccupazione, una vera e propria fobia che li induce a una gestione aggressiva del sintomo della febbre.⁴

Acquisire maggiori conoscenze su cosa preoccupa i genitori alla comparsa della febbre nei propri bambini è importante dovendo fornire loro informazioni e indicazioni di comportamento.⁵

Le indagini sinora condotte sulle conoscenze, le attitudini e la gestione della febbre da parte dei genitori sono state effettuate principalmente in Nord America e su campioni di ridotte dimensioni.^{6,7}

Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare, su un campione di dimensioni adeguate, il profilo attitudinale e comportamentale delle madri italiane alla comparsa della febbre nel proprio bambino. L'indagine vuole anche esaminare gli aspetti clinici, socio-demografici e informativi che possono essere associati alla diversità di conoscenze, attitudini e percorsi gestionali.

Materiali e metodi

La ricerca, di tipo epidemiologico osservazionale, è stata condotta durante il periodo febbraio-marzo 1995. Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un apposito questionario standard, precedentemente testato durante una breve fase pilota per valutarne la consistenza e la compliance degli intervistatori.

Un campione casuale di madri con almeno un bambino in età prescolare, da 6 mesi a 6 anni non compiuti, è stato contattato da intervistatori senza specifiche competenze mediche. Le interviste sono state condotte in tre differenti realtà: in una area metropolitana del nord, Milano (Zona 20), e in due aree semi-rurali del sud: Lanciano e Montescaglioso. Per l'indagine sono state intervistate le madri di 1237 bambini in età prescolare.

Il questionario (anonimo) era strutturato in modo da raccogliere informazioni generali relative al bambino e alla madre, e le caratteristiche dell'episodio febbrile verificatosi nel bambino nel corso del mese precedente l'intervista. In particolare le domande riguardavano:

- il metodo di rilevazione della temperatura;
- la preoccupazione della madre alla comparsa della febbre;

- il comportamento tenuto dalla madre in occasione dell'episodio febbrile;

- la terapia (farmacologica e non) a cui il bambino in stato febbrile è stato sottoposto.

È stato inoltre chiesto alle madri se nel passato hanno ricevuto dal medico indicazioni di comportamento sulla gestione della febbre nel proprio bambino. Per la gestione (input e controllo crociato) e una prima elaborazione dei dati raccolti è stato utilizzato il database e package statistico EPI-Info. Il metodo di analisi della regressione logistica è stato utilizzato per valutare l'effetto combinato di una serie di variabili rispetto alla preoccupazione della madre e alla richiesta dell'intervento del medico. Le variabili considerate nel modello sono state: l'età e il sesso del bambino, la composizione familiare, il livello di scolarità, l'età e la residenza della madre, il livello di temperatura durante l'ultimo episodio febbrile, e se la madre avesse ricevuto o meno nel passato indicazioni di comportamento sulla gestione della febbre. I valori del coefficiente di regressione e dell'errore standard sono stati utilizzati per il calcolo degli odds ratio (OR) e degli intervalli di confidenza al 95% (IC).

Risultati

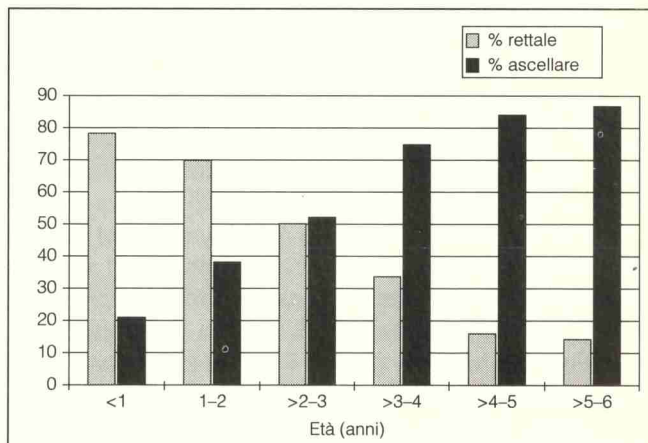
Dei 1.237 bambini le cui mamme sono state intervistate per l'indagine, 707 (57%) hanno avuto un episodio febbrile nel corso del mese precedente l'intervista. Le principali cause responsabili della febbre sono risultate l'influenza nel 44% dei casi e le infezioni delle vie aeree superiori nel 30%.

Il valore medio della temperatura corporea relativa agli episodi febbrili considerati è risultato di 38,3°C, con un intervallo compreso tra 37 e 41°C.

1. Sede di misurazione della febbre

Riguardo alla sede di misurazione della temperatura, in 477 bambini (65%) è stata rilevata la temperatura ascellare, mentre nei bambini di età inferiore a un anno, la temperatura rettale è stata rilevata nel 79% dei casi (37/47). Nella *figura 1* viene riportata la sede di misurazione della temperatura in relazione all'età del bambino.

Figura 1. Sede di misurazione della temperatura in relazione all'età del bambino ($\chi^2_{trend} = 152,3$; $P < 0,0001$)



2. Provvedimenti alla comparsa e dopo conferma della misurazione

Alla comparsa della febbre nel proprio bambino, indipendentemente dal livello di temperatura, 245 madri (34%) hanno riferito di non aver preso alcun provvedimento terapeutico ricontrollando successivamente la temperatura, 337 (48%) hanno somministrato subito al bambino un antipiretico (o utilizzato altri rimedi per ridurre la temperatura), 127 (18%) hanno richiesto immediatamente l'intervento del medico. In particolare, a un livello di temperatura di 37,5°C o inferiore il 32% delle madri ha ritenuto necessario somministrare un antipiretico, e il 13% ha richiesto subito l'intervento del medico.

3. Uso degli antifebbrili chimici e fisici

Nel corso dell'intero episodio febbrile 619 bambini (88%) hanno ricevuto antipiretici; questi sono stati prescritti dal medico nel 68% dei bambini (383/619). Il paracetamolo è risultato il farmaco maggiormente utilizzato, rappresentando il 93% del totale degli antipiretici. Oltre alla somministrazione di un antipiretico, in 173 bambini (24,5%) si è ricorso anche a rimedi non farmacologici per ridurre la temperatura, e in 19 (3%) questi ultimi sono stati utilizzati senza la contemporanea somministrazione del farmaco. Le spugnature di acqua e la borsa del ghiaccio sono risultati i rimedi fisici maggiormente utilizzati per ridurre la temperatura (tabella 1).

5. Condizioni che influiscono sulla preoccupazione e sulla chiamata del medico

Nella regressione logistica cinque variabili sono risultate significativamente correlate con la preoccupazione della madre alla comparsa della febbre nel proprio bambino: una temperatura uguale o superiore a 39°C, l'assenza di precedenti indicazioni di comportamento sulla gestione della febbre, un basso livello di istruzione materna, la residenza in una zona rurale del sud e con il fatto che il bambino fosse figlio unico (tabella 2).

Per quanto riguarda la richiesta immediata dell'intervento medico, di tutte le variabili considerate nel modello, quelle correlate significativamente sono risultate l'assenza di precedenti indicazioni di comportamento sulla gestione della febbre (OR = 2,7; IC: 1,6-4,8) e la preoccupazione della madre alla comparsa della febbre (OR = 2,3; IC: 1,6-4,8).

Discussione

L'eccessiva e ingiustificata paura della comparsa della febbre nei propri bambini (la cosiddetta fobia della febbre) è un fenomeno noto da tempo ed è stata riscontrata nei genitori appartenenti a tutte le classi socioeconomiche.^{4,7} Da questa indagine è emerso che l'eccessivo timore e la scarsa conoscenza del sintomo della febbre sono ancora ampiamente presenti tra le madri. Infatti, nonostante meno del 10% degli episodi febbrili considerati fossero caratterizzati da livelli di temperatura superiori

	Somministrati dalla madre (n° di bambini)	Raccomandati dal bambino (n° di bambini)	Totale (n° di bambini %)
Trattamenti farmacologici			
Paracetamolo	229	345	574 (81.2)
Acido niflumico	3	11	14 (2)
Acido acetilsalicilico	2	6	8 (1.1)
Dipirone	2	6	8 (1.1)
Altri	1	14	15 (2.1)
Trattamenti non farmacologici			
Spugnature di acqua tiepida	60	12	72 (10.2)
Borsa del ghiaccio	48	15	63 (8.9)
Alleggerimento abiti	15	7	22 (3.1)
Bere più acqua	15	7	22 (3.1)
Spugnature d'alcool	13	1	14 (2)
Rimedi omeopatici	2	7	9 (1.3)

Tabella 1.
Principali rimedi
utilizzati per
ridurre
la temperatura
nei bambini

4. Informazioni ricevute

Per quanto riguarda le informazioni ricevute nel passato sulla gestione della febbre, 210 madri (30%) hanno riferito di essere state precedentemente informate dal medico in occasione di una visita di controllo del bambino (*guida anticipatoria*); 329 (46,5%) durante un precedente episodio febbrile; 81 (11,5%) hanno dichiarato di non essere mai state informate in precedenza e 87 (12%) non ricordavano. L'assenza di informazione sulla gestione del bambino febbrile è risultata, nell'analisi univariata, correlata in maniera significativa con la preoccupazione della madre (OR = 2,3; IC: 1,3-3,8) e con la richiesta dell'intervento medico alla comparsa della febbre nel bambino (OR = 3,4; IC: 2,0-5,5).

ai 39° C, in oltre la metà dei casi le madri hanno riferito di essersi preoccupate per la salute del loro bambino.

La febbre nei bambini in realtà solo raramente dovrebbe costituire motivo di preoccupazione, in quanto dovuta in gran parte a infezioni virali che si autorisolvano e che nella maggior parte dei casi non necessitano di alcun trattamento. Mentre la gestione appropriata della malattia responsabile della febbre dovrebbe essere il cardine della cura, la preoccupazione circa il benessere del bambino ha reso molto diffusa la pratica di somministrare farmaci antipiretici.⁸

Quasi la metà delle madri intervistate riferisce di aver somministrato un antipiretico alla comparsa della febbre nel proprio bambino; a un livello di temperatura di 37,5° C o inferiore il

farmaco è stato somministrato in oltre il 40% dei casi. Questi valori risultano comunque sostanzialmente simili a quelli riportati in precedenti studi condotti in contesti culturali e assistenziali diversi dal nostro.^{4,6}

In Italia, nell'ambito della pediatria extraospedaliera, il paracetamolo è attualmente il farmaco di scelta per il trattamento della febbre nei bambini.⁹ Il suo impiego viene sempre più rac-

ca di interventi educativi rivolti ai genitori.^{13,14} I risultati di queste ricerche hanno mostrato che le campagne di informazione su una corretta gestione della febbre nei bambini possono ridurre l'uso indiscriminato dei farmaci antipiretici e l'uso eccessivo dei servizi di salute pubblica. In particolare, è stato dimostrato che l'ansia dei genitori alla comparsa della febbre nel bambino si riduce maggiormente quando le informazioni

Tabella 2. Fattori associati significativamente con la preoccupazione della madre alla comparsa della febbre: risultati della regressione logistica

Variabile	Coefficiente di regressione	Errore standard	Odds Ratio	IC (95%)	P
Composizione della famiglia (figlio unico)	0.5268	0.1839	1.69	1.18 - 2.42	0.0042
Grado d'istruzione materna (scuola dell'obbligo)	0.5507	0.2647	1.73	1.03 - 2.91	0.0375
Residenza della madre (zona semi-rurale)	0.4947	0.2374	1.64	1.03 - 2.61	0.0372
Temperatura corporea (>39°C)	1.2008	0.2930	3.32	1.87 - 5.90	0.0001
Informazioni sulla gestione della febbre (nessuna)	0.7864	0.2829	2.19	1.26 - 3.82	0.0054

comandato dai pediatri, e queste indicazioni sembrano seguite essendo l'antipiretico utilizzato dalla quasi totalità delle madri intervistate. Tuttavia, benchè molto utilizzato e con un buon indice terapeutico, ci sono state recentemente delle segnalazioni che fanno ritenere il margine di sicurezza del farmaco, dopo ripetute somministrazioni, minore di quello precedentemente considerato.¹⁰ Dall'indagine qui riportata emerge che la preoccupazione delle madri può essere in parte dovuta ai messaggi incompleti, e spesso contraddittori, che vengono loro forniti. Può risultare difficile a un genitore mettere in pratica i consigli che riceve quando il comportamento del medico va nella direzione opposta.¹¹ Infatti, alla quasi totalità dei bambini visitati dal pediatra è stato prescritto un farmaco antipiretico. In un terzo dei bambini con febbre, in aggiunta all'antipiretico, sono stati utilizzati altri rimedi per ridurre la temperatura. Nella maggioranza dei casi la febbre non era così elevata da giustificare l'uso di questi trattamenti. I metodi fisici per ridurre la temperatura possono essere efficaci nel breve termine, ma contribuiscono ad aggravare lo stato di malessere che accompagna il bambino febbrile. Il loro utilizzo va comunque riservato ai casi in cui la temperatura è veramente alta e non può prescindere dalla contemporanea somministrazione di un antipiretico.¹² I mezzi fisici, infatti, non agiscono a livello del centro ipotalamico di termoregolazione, ma determinano solo una maggiore dispersione del calore a cui l'organismo reagisce con la messa in atto di meccanismi tendenti ad aumentare la temperatura corporea. Come per la somministrazione degli antipiretici, il livello di temperatura che richiede l'intervento del medico è arbitrario e dipende dalle condizioni generali del bambino e dalla durata della febbre. Nel presente studio circa il 20% delle madri intervistate ha riferito di aver chiamato subito il medico alla comparsa della febbre. Nella maggioranza dei casi le malattie responsabili dell'episodio febbrile erano relativamente innocue, tanto da poter essere gestite dalle madri in maniera autonoma. Nell'insieme, i risultati dello studio mostrano la necessità di una maggiore informazione dei genitori sulla gestione della febbre. Sebbene in contesti diversi dal nostro, in passato, sono già stati effettuati studi che hanno valutato l'effi-

ca di interventi educativi rivolti ai genitori.^{13,14} I risultati di queste ricerche hanno mostrato che le campagne di informazione su una corretta gestione della febbre nei bambini possono ridurre l'uso indiscriminato dei farmaci antipiretici e l'uso eccessivo dei servizi di salute pubblica. In particolare, è stato dimostrato che l'ansia dei genitori alla comparsa della febbre nel bambino si riduce maggiormente quando le informazioni

vengono fornite durante una visita di controllo piuttosto che nel corso di un precedente episodio febbrile. Gli operatori sanitari dovrebbero fornire sistematicamente ai genitori informazioni semplici e accurate sul significato e sulla gestione del sintomo della febbre. Le linee guida di comportamento dovrebbero essere sviluppate a partire dall'esperienza dei genitori nella cura del proprio bambino, in modo che diventino anche occasione di dialogo e di comprensione partecipativa.¹⁵ Ulteriori studi che valutino l'efficacia comparativa di diverse strategie informative dovrebbero essere condotti nella nostra realtà, al fine di definire indicazioni di comportamento in grado di produrre cambiamenti attitudinali e comportamentali permanenti.

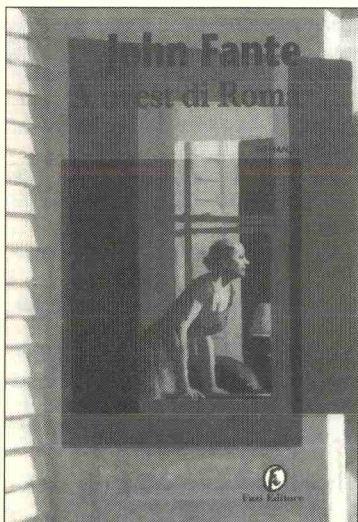
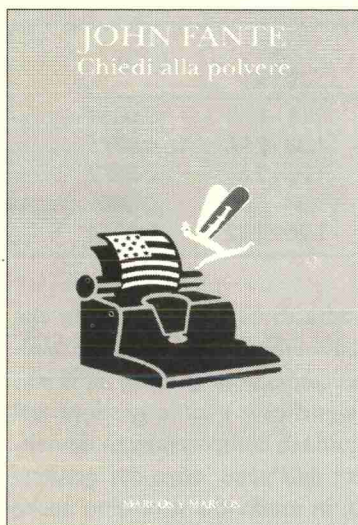
Bibliografia

- Schmitt B. D. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984;74:929-36
- Kluger M. J. Fever revisited. *Pediatrics* 1992;90:846-50
- Anonymous. Management of childhood fever. *Lancet* 1991;339:1049-50
- Schmitt B. D. Fever phobia. Misconceptions of parents about fever. *Am. J. Dis. Child* 1980;134:176-81
- Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *B. M. J.* 1996; 313:983-6
- Kramer M. S., Naimark L., Leduc G. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics* 1984;75:1110-3
- Andersen A. R. Parental perception and management of school-age children's fevers. *Nurse Pract.* 1988;13:8-9;12-8
- Adam D., Stankov G. Treatment of fever in childhood. *Eur. J. Pediatr.* 1994;153:394-402
- Bartolozzi G., Lasagni D., Trapani S., Tendi E. La febbre e gli antipiretici in pediatria. *Medico e Bambino* 1991;10(5):309-14
- Kramer M. S., Naimark L. E., Braeuer R. R., McDougall A., Leduc DG. Risk and benefits of paracetamol antipyresis in young children with fever of presumed viral origin. *Lancet* 1991;337:591-4
- May A., Bauchner H. Fever phobia: the pediatrician's contribution. *Pediatrics* 1992;90:851-4
- Kinmonth A. L., Fulton Y., Campbell M. J. Management of feverish children at home. *B. M. J.* 1992;305:1134-6
- Casey R., McMahon F., McCormick MC., Pasquariello P. S., Zavod W., King F. H. Fever therapy: an educational intervention for parents. *Pediatrics* 1984;73:600-5
- Robinson J. S., Schwartz M., Magwene K. S., Krengel S. A., Tamburello D. The impact of fever health education on clinic utilization. *Am. J. Dis. Child* 1989;143:698-704
- Kai J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *B. M. J.* 1996; 313:987-90

Le recensioni del mese

quaderni acp 1997; vol IV, n° 3: 16-17

a cura di Nicola D'Andrea



“Wop”: secondo alcuni, acronimo di “Without Passport”, più probabilmente deformazione del napoletano “guappo”. Un appellativo, genericamente denigratorio, è stata la bandiera che John Fante ha scelto di esibire. Nei lontani anni quaranta i suoi romanzi maggiori erano ben conosciuti in Italia: piacque molto a Vittorini, che in “Americana”(1941) lo inserì fra le sicure promesse di quella “nuova leggenda” su cui tanto contava per una rinnovata universalità della letteratura americana e tradusse in italiano nella prestigiosa collana della Medusa *Ask the Dust*. Fante sta conoscendo da noi un ritorno di fortuna. Il suo debutto letterario è meravigliosamente romanizzato in *Chiedi alla polvere*. Non puoi tirarti indietro dopo aver letto la “frizzante” presentazione del romanzo, scritta da Bukowski (...*continuavo ad aggirarmi per la sala grande della biblioteca, tirando giù un libro dopo l'altro, leggendo qualche riga, a volte qualche pagina, per poi rimetterli a posto. Poi, un giorno, ne presi uno e capii subito di essere arrivato in porto. Rimasi fermo per un attimo a leggere, poi mi portai il libro al tavolo con l'aria di uno che ha trovato l'oro nell'immondezzaio cittadino... ecco finalmente uno scrittore che non aveva paura delle emozioni. Ironia e dolore erano intrecciati tra loro con straordinaria semplicità. Il libro era Chiedi alla polvere e l'autore era John Fante*). La “polvere” è quella dei sobborghi di Los Angeles, impossibile da evitare, metafora della “polvere del mondo” fatta di sabbia e di luce, di gioia e di amarezza. Arturo Bandini (alter ego dell'autore), fiero e squattrinato futuro astro della letteratura mondiale, che invia i suoi primi scritti al suo munifico e geniale editore-mecenate, Hackmuth, si aggira per le strade della metropoli californiana, sognando di essere l'amante sensuale di bellezze irraggiungibili ed eternamente in fuga da donne peccaminose e modeste, e sempre si arresta al momento del dunque, in preda ai propri sensi di colpa, ai richiami di un'innocenza cattolica di ragazzo che non vuole crescere o tradire nel peccato la “norma” materna. Finalmente incontra il suo chiodo fisso: una cameriera chicana, Camilla Lopez. Fuga d'amore e tradimento, pentimento e ritorno: comicità e romanticismo. Tutto è raccontato con una meravigliosa semplicità. Essere italo-americani di seconda generazione significava vivere nel pieno di una forte contraddizione psicologica, in una specie di lunga crisi d'identità, indecisi tra la spinta all'integrazione piena e la difesa della propria radice autentica, rappresentata dal patrimonio di tradizioni dei genitori, generalmente antiquati e fatalmente antagonisti rispetto alle ambizioni dei figli. Tutta la vita di un “Wop” consiste nel cercare di affrancarsi dalla tutela paterna, anzi nel cercare di contraddirla, di abbatterla adottando stili di vita radicalmente diversi da quelli imperanti nella famiglia d'origine. Ma quasi fatalmente si registra poi un intenso, struggente ritorno e un orgoglioso recupero della figura paterna. La polarità genitori-figli ha ovviamente un altro importantissimo elemento nella figura materna. In *A ovest di Roma* la madre ha la funzione classica di silenziosa vestale dell'ordine domestico (l'eventualità di adottare un cane la turba), capace di sopportazione delle licenze del marito (sempre pronta a far le valigie per partire, ma sempre fedele e restare) e naturalmente schierata dalla parte del figlio (fino a fargli i compiti per il diploma di teatro e ad accettare il cane, prima rifiutato, perché amato dal figlio). La madre sta in cucina, anzi affida alla sua abilità culinaria le residue speranze di tenere insieme la famiglia. Le madri di Fante curano poco il loro aspetto fisico e, sia pur soccombenti, conservano una vitale capacità di litigare, di smascherare mariti donnaioli, col vizio del bere e del gioco, tutti presi dal culto quasi religioso di se stessi e della loro onorabilità. Sulla quarta di copertina è riportato il giudizio del giornale francese *Le Figaro magazine*. Se avete dei pensieri neri, immergetevi in questo libro. Ne uscirete rinvigoriti. È strano, comico, tragico, sconvolgente e meravigliosamente scritto. Da leggere immediatamente, condividerete.

John Fante, *Chiedi alla polvere*; Marcos Y. Marcos 1994, pg. 186, Lit. 20.000

John Fante, *A ovest di Roma*; Fazi Ed. 1997, pg. 208, Lit. 24.000

“ Sentendosi venir meno il malato chiese di essere riportato di là dove aveva cominciato la sua vera vita, insieme ai suoi frati, alla Porziuncola. Fu finalmente accontentato. Dopo Chiara, c'era ancora un'altra grande amica che desiderava rivedere, Giacomina dei Settesoli... Le fece scrivere di venire immediatamente... e di arrivare però anche con quei dolcetti che a Roma gli aveva preparato tante volte: i mostaccioli, a base di mandorle, farina e miele... Meglio ricordarlo nella sua fresca semplicità, mentre sorride al volto di un'amica che gli porta un piccolo dolce desiderato e gli fa affettuosamente coraggio nel difficile addio”.

È il racconto della morte di san Francesco d'Assisi di Chiara Frugoni, docente di Storia medievale all'università di Roma, laica, estimatrice di Francesco d'Assisi, studiosa della “questione francescana” e autrice, tra gli altri libri sull'argomento, di un volume molto apprezzato e “rivoluzionario” dal titolo *Francesco e l'invenzione delle stimmate*. Scrivere qualcosa di nuovo su Francesco d'Assisi non è facile, perché la sua vita è stata scritta da molti autori, anche molto famosi; ma questa biografia del *Poverello* è stata scritta “pensando a quali lettori mi (scrive l'autrice) sarebbe piaciuto avere: innanzitutto i giovani, che l'hanno intravisto sui banchi di scuola, studiando magari il *Cantico delle creature*... In questa *Vita* risaltano le ambizioni e la vivissima intelligenza di Francesco, le debolezze e i difetti del carattere, e perché no?, le superstizioni radicate, che aveva in comune con gli uomini del suo tempo...”. La Frugoni rivede criticamente la trasformazione di un essere umano (Francesco) nella figura del Cristo crocifisso, basandosi sull'esame minuzioso di numerosissime rappresentazioni pittoriche delle stimmate di san Francesco e dei documenti scritti, da cui parti questa, mai dimostrata, elaborazione tradizione. Tale interpretazione è un'elaborazione a posteriori, voluta dalle istanze dirigenti dei frati minori e dal papato, ma estranea a Francesco e al suo atteggiamento mentale. Leggendo questa biografia, di san Francesco si può apprezzare la profonda e dolente comprensione della sofferenza, l'insolito spirito di tolleranza di fronte a una Chiesa in armi, l'amore vero e intenso del prossimo, le geniali idee, la grande libertà mentale, che lo rese capace di rifiutare una morte edificante.

Chiara Frugoni, *Vita di un uomo: Francesco d'Assisi*; Einaudi 1995, pg.159, Lit. 24.000

Con gli occhi dei bambini. Con il pensiero dei bambini. Se si chiede ai bambini se sanno cosa vuol dire essere cortesi, in gran maggioranza abbiamo risposte del tipo: “Essere gentili, essere buoni. Vuol dire essere gentili con gli altri, volergli bene. Essere gentili, aiutare una persona in difficoltà”(pag. 63).

Insomma, per i bambini la cortesia è fatta prevalentemente di azioni concrete di aiuto e supporto agli altri, ma anche - proprio come la pensava Goethe - di affetti positivi. In questo libro protagonisti sono i bambini (l'autrice insegna tecniche di osservazione del comportamento infantile) che ci insegnano, tramite registrazioni, questionari, interviste, cos'è *la cortesia*.

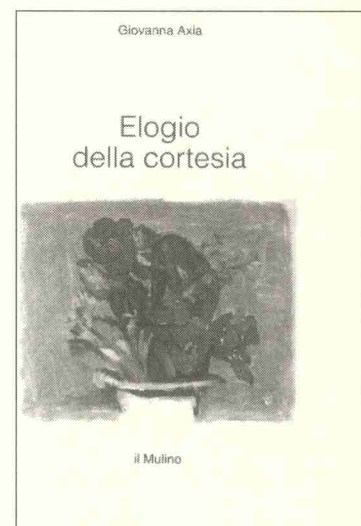
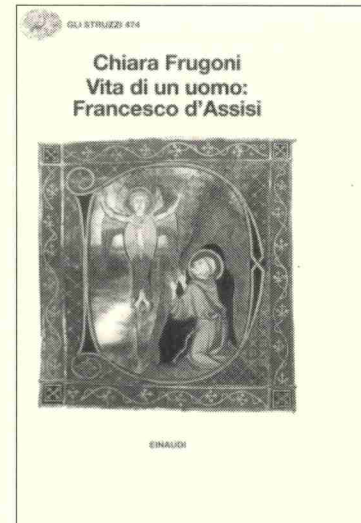
Dall'analisi del materiale selezionato si deduce che le persone (anche i pediatri) sono scortesi non tanto perché non sanno parlare bene, quanto piuttosto perché non si interessano dei sentimenti altrui o non si sforzano di capirli. La persona veramente cortese non usa la sua intelligenza in modo banale.

Non si accontenta di esprimere deferenza e rispetto per l'altra persona, “*ma va un po' più in là, spinge la sua intelligenza fino a esplorare cosa possono volere gli altri e, soprattutto, a esplorare cosa pensa l'altra persona a proposito dei reciproci sentimenti e pensieri. È una comprensione tacita, implicita, piena di rispetto, che si manifesta in molti modi diversi, mai intrusivi.*”(pag. 129).

Don Abbondio diceva che chi non lo ha non può darselo, il coraggio; ma la cortesia, forse uno può anche apprenderla.

Nella nuova tabella XVIII del curriculum medico si può cominciare a inserirla, adottando questo libricino. Iniziando dai docenti.

Giovanna Axia, *Elogio della cortesia*; Il Mulino 1996, pag. 133, Lit. 18.000





educazione sanitaria

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 18-19

Un'esperienza di mensa scolastica biologica e mediterranea

Il pappamondo

Maurizio Iaia

U. O. Pediatria di Comunità, A. USL Cesena

Abbiamo visto nell'articolo sui rischi da pesticidi, pubblicato sul n° 3 di *quaderni acp*, che per i bambini, il rischio da pesticidi assunti con l'alimentazione è presumibilmente più rilevante di quanto si valuti comunemente. L'agricoltura biologica tende a ridurre questi rischi.

Cosa vuol dire "biologico". I costi

L'agricoltura biologica ha avuto il primo riconoscimento ufficiale a livello europeo con la normativa CEE n°2092/91 recepita in Italia e in altri Stati membri. La legislazione attuale, ampliata da successive norme, consente una standardizzazione dei metodi di produzione biologica in tutta Europa.

Queste le principali regole:

- è totalmente escluso l'impiego di prodotti chimici di sintesi (pesticidi, concimi chimici, additivi, ecc.) nelle varie fasi di coltivazione, trasformazione, conservazione dei prodotti;
- la lotta contro le malattie e i parassiti si basa su varie tecniche combinate: impiego di varietà vegetali adeguate, utilizzo nelle colture di insetti o microrganismi nemici dei parassiti, impiego di insetticidi naturali;
- l'aumento della fertilità del terreno si ottiene con concimi organici e rotazione delle colture;
- a garanzia del consumatore "l'etichettatura" del prodotto biologico deve riportare accanto al nome del prodotto anche la specificazione del metodo di coltivazione: "da agricoltura biologica". Inoltre la legge impone che si indichino la denominazione e la sigla di uno dei sette organismi di controllo autorizzati in Italia dal Ministero delle Risorse Agricole (DL 220/95) che garantisce che quello che il produttore ha dichiarato corrisponde al vero. Indicazioni generiche (prodotto "naturale", ecc.) se

non sono accompagnate da tale sigla non garantiscono nulla.

È vero che l'ortofrutta biologica comporta a tutt'oggi dei prezzi sul mercato mediamente superiori del 20-30% rispetto a quella convenzionale, però l'aumento esponenziale della domanda si va riflettendo in una progressiva riduzione di tale differenza. Perciò se una amministrazione pubblica vuole adottare la tabella "bio-mediterranea" per le mense scolastiche, privilegiando le fonti proteiche vegetali rispetto alle più costose proteine animali, viene a caricarsi di un incremento di costo globale non superiore al 10% rispetto a una tabella convenzionale.

Un progetto "bio-mediterraneo"

Ad esempio l'U. O. di pediatria di comunità della A. USL Cesena ha avviato fin dall'ottobre '86 in collaborazione con il Comune di Cesena un "Progetto di educazione ai consumi alimentari" che ha progressivamente interessato la popolazione infantile di tutti gli Asili nido, Scuole dell'infanzia ed elementari provviste di cucine in loco per una produzione giornaliera complessiva di 2.300 pasti.

L'elemento caratterizzante del progetto riguarda l'impiego di prodotti vegetali biologici per il minor rischio tossicologico attribuibile all'assenza di residui di pesticidi chimici e a un contenuto nettamente inferiore in nitrati. Tali prodotti vengono regolarmente sottoposti ad analisi chimiche sui residui da parte del Servizio di Igiene Pubblica dell'Azienda USL. Una maggiore qualità chimico-nutrizionale (Vit. C, Vit. A, Fe, Ca, Zn) è stata rilevata in campioni di ortofrutta biologica rispetto ad analoghi prodotti convenzionali in una recente ricerca condotta in Gran Bretagna. Il progetto cesenate, che riceve i contributi della Regione E. Romagna, è

stato denominato *Pappamondo* per sottolineare l'intenzionale stile di approccio ludico-educativo e non meramente tecnico-nutrizionale.

In pratica la prima fase sperimentale rivolta a tre Asili nido e due Scuole d'infanzia comportò:

- l'introduzione di una nuova tabella dietetica "mediterranea" con impiego, però, di prodotti vegetali provenienti dall'Agricoltura biologica;

- l'attuazione di iniziative di informazione-sensibilizzazione degli educatori e dei genitori in ciascuna scuola;

- un corso pratico di formazione per i cuochi;

- la predisposizione del circuito locale di fornitura alle scuole dei prodotti biologici. Una verifica di fattibilità motivò a estendere l'esperienza alle altre scuole e a perfezionare le strategie operative: formazione permanente di tutti i cuochi, attivazione di percorsi educativi con bb. e genitori, produzione di dispense, ricettari (*Pappatutto*) e audiovisivi con raccolta centralizzata fruibile da parte di tutte le Scuole.

La tabella dietetica mediterranea in uso, completata dai consigli per i pasti a casa (come richiesto dagli stessi genitori), segue le indicazioni dei LARN ed è caratterizzata rispetto alle precedenti tabelle da alcune particolarità che riassumiamo.

- Riduzione dell'apporto proteico e bilanciamento del rapporto prot. animali/vegetali mediante diminuzione della carne e aumento di prodotti vegetali come la combinazione cereali-legumi.

- Apporto superiore di amidi e fibre (cereali integrali e semintegrali, frutta, verdura, legumi).

- Più basso indice di aterogenicità grazie a un adeguato rapporto grassi insaturi/saturi (più pesce, olio extravergine di oliva spremuto a freddo, carni bianche).

La verifica costante della gradevolezza delle ricette da parte dei bambini attraverso un'osservazione guidata consente di aggiornare via via i menù.

Nel '96 è stata stampata la 2° edizione del *Pappatutto*, il ricettario di cucina mediterranea che viene offerto a ogni famiglia all'inizio della frequenza del proprio bambino, assieme alle tabelle dietetiche.

Il *Pappamondo* si è sempre più dotato di una consistente infrastruttura educativa grazie alla collaborazione dei Pedagogisti del Comune di Cesena.

In particolare il "momento del pasto" al Nido e alla Scuola d'infanzia viene organizzato con massima cura affinché il bambino possa sperimentare la propria ricerca di autonomia e di autoregolazione e possa vivere in modo piacevole un momento fatto di scambi, di intimità, di molteplici

sensazioni all'interno di un rapporto sereno con il cibo e con gli adulti educatori.

Verifiche e sviluppi del progetto

Le verifiche finora effettuate sono così riassumibili:

- una ricerca prospettica condotta, dopo due anni, su due gruppi di bambini di tre anni e rispettivi genitori (campione/controllo) ha dimostrato alcuni miglioramenti delle abitudini alimentari: aumentato consumo di verdure crude e di piatti unici, riduzione del consumo di carne "rossa" e formaggi a favore della carne "bianca";

- il confronto della velocità di crescita staturale-ponderale e dell'indice di massa corporea fra i due gruppi non ha dimostrato differenze significative;

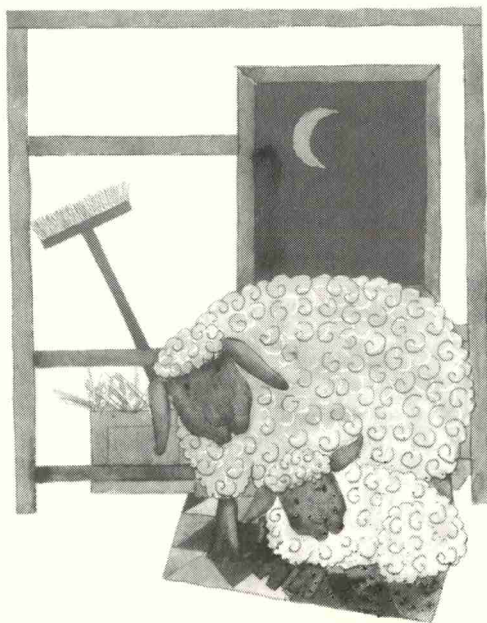
- vi è stata acquisizione di nuove conoscenze e competenze da parte del personale scolastico (insegnanti, cuochi) in rapporto agli obiettivi formulati.

Si è anche verificato un netto incremento della produzione agraria biologica locale e della domanda di prodotti biologici da parte delle famiglie nei punti vendita della città di Cesena.

Il progetto rappresenta attualmente il programma di riferimento di un gruppo di lavoro interdisciplinare costituito a livello provinciale con l'obiettivo di promuovere la *qualità delle mense scolastiche* nei diversi comuni della provincia di Forlì-Cesena.

Il *Pappamondo* è la 1° esperienza in Italia di ristorazione scolastica "bio-mediterranea", seguita poi da simili esempi in oltre 70 Comuni italiani (dati Nomisma riportati nell'Annuario "Tutto Bio '97" pubblicato sotto il patrocinio del Ministero delle Risorse Agricole).

Recentemente il progetto è stato presentato in un Convegno tenutosi a Roma il 4/2/97 presso la Camera dei Deputati che si iscrive nell'ambito delle iniziative che a livello nazionale la Federazione dei Verdi e la Lega Ambiente stanno promuovendo in tema di ristorazione biologica, comprendenti anche la presentazione in Parlamento di una nuova proposta di legge sui *pesticidi* orientata a una maggiore tutela dei consumatori piccoli e adulti che è ispirata alle nuove norme approvate nell'agosto '96 negli USA. ■



nessuno scrive
al colonnello

Lettera aperta a una divisione di pediatria

di Franco Dessì

Medico di Medicina Generale, Pediatra AUSL 4 Oristano

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 20-21

Abbiamo deciso di pubblicare la lettera che ho inviato ai colleghi della divisione di pediatria ove sono state ricoverate alla nascita le mie due gemelle non per voglia di fare chiasso ma semplicemente per sottolineare la necessità di una maggiore attenzione alle procedure ospedaliere che sono una parte importantissima del processo di imprinting pediatrico.

F. D.

Mi pare doveroso, come utente più che come pediatra, portare alla Loro conoscenza alcuni fatti che ritengo di notevole gravità, accaduti in una Divisione di Pediatria.

Il giorno 10 alle ore 17.30 circa sono venute alla luce, mediante parto chirurgico, le mie due figliette Jole e Francesca; l'assistenza è stata ottima da parte di tutto il personale dell'équipe della Divisione Ostetrica, degli Anestesiisti, dei Pediatri. Subito dopo il parto, sia la madre che le neonate erano in buone condizioni di salute (la seconda nata ha avuto una breve apnea, ma si è ripresa subito).

- Primo problema: mia moglie ha potuto vedere una delle bimbe solo dopo 6 ore e l'altra addirittura dopo quasi 12 ore dal parto; la "consegna" avveniva frettolosamente e nessuna indicazione e nessun aiuto veniva dato, nonostante un braccio fosse impegnato con l'ago della fleboclisi.

Alle sue richieste veniva risposto che "tanto la bambina non si sarebbe attaccata al seno", cosa che invece avvenne grazie all'aiuto di una infermiera della Divisione Ostetrica.

Non mi dilungherò certo sull'importanza che riveste un contatto precoce e corretto sull'allattamento al seno, perché queste conoscenze sono ormai di comune dominio nella cultura pediatrica (mi permetto di allegare alla presente qualche pubblicazione che potrebbe essere utile elemento di discussione con il personale non medico operante nella struttura).

- Secondo problema: la madre delle neonate, ovviamente impossibilitata nei primi giorni dopo il parto a recarsi personalmente al nido, ha immediatamente potuto osservare che le bambine le venivano consegnate sei volte al giorno, ma alternativamente (vale a dire ognuna poteva vedere la madre solo tre volte al giorno) inoltre a volte, forse per errore, veniva consegnata per due volte consecutive la stessa neonata e non sempre il nome sul braccialetto corrispondeva a quello del cartellino della culla; a questo punto sono iniziate le richieste della madre di poterle avere entrambe alla stessa poppata; eventualmente, per evitare i possibili problemi organizzativi,

riducendo i tempi di permanenza.

Le risposte di alcune puericultrici sono state subito negative, sempre con motivazioni diverse: che così facendo le bimbe non avrebbero assunto regolarmente la razione di glucosata, oppure che la madre si sarebbe stancata eccessivamente, ma soprattutto per il fatto che ancora non era avvenuta la montata lattea, per cui questa pratica sarebbe stata assolutamente inutile e dannosa.

A questo punto ho voluto parlare con la Pediatra che in quel momento era in servizio al nido, la quale, d'accordo con le mie osservazioni, mi assicurava che non v'erano difficoltà logistiche e che avrebbe provveduto a far consegnare alla madre entrambe le bimbe, insieme o alternativamente, a ogni poppata.

Nonostante tale assicurazione questo fatto non si verificava che occasionalmente, dipendendo con tutta probabilità dalla autonomia gentilezza e disponibilità delle puericultrici e/o dalla presenza in turno di pediatri sensibili al problema.

Dopo altre insistenze da parte mia nei confronti di alcune Colleghe, che sempre mi confermavano che avrebbero provveduto a soddisfare le mie richieste, non avendo avuto alcun riscontro, ho voluto conferire direttamente con una puericultrice del Nido. Essa appariva molto seccata di questa mia esigenza e mi confermava non già la difficoltà organizzativa ad attuare ogni volta la consegna di tutte e due le bambine, ma l'inutilità e addirittura la dannosità di tale pratica, pertanto si rifiutava di attuarla.

Tendo a ribadire che le mie richieste non erano, mai e poi mai, legate a ottenere alcun trattamento di favore, ma in relazione alla profonda convinzione che non pretendevo nient'altro che un mio preciso diritto.

Nello stesso giorno a mia moglie veniva seccatamente comunicato da parte della stessa caposala che le nostre richieste non potevano essere esaudite in quanto la prassi di consegnare entrambe le bambine od ogni poppata era assolutamente contraria alle buone regole della puericoltura e che comunque perché

perché potesse essere attuata era necessario un ordine scritto da parte del Primario (!).

- Terzo problema: da quel momento in poi mia moglie, ancora sofferente per il recente intervento e in una situazione psicologica facilmente immaginabile, veniva bersagliata da frequenti intolleranze da parte di alcuni membri del personale; veniva continuamente colpevolizzata del fatto che le bambine mangiavano pochissimo al suo seno e ancora, per il colmo dell'ironia, che dopo la poppata materna tornavano stanche e non avevano più voglia di assumere neanche l'aggiunta. Infine non appena mia moglie è stata in grado di farlo, pur faticosamente raggiungeva il nido per poter offrire il seno alla bambina che per quella poppata non l'aveva ricevuto, ma inutilmente, in quanto puntualmente la "integrazione" con il latte artificiale era già stata data; una volta le è stato persino rifiutato di ridurre la potenza aspirante del tiralatte elettrico, nonostante la presenza di ragadi producesse la fuoriuscita di sangue.

Ho fatto notare ad alcune Colleghe che questi continui e aspri interventi nei confronti di mia moglie le stavano provocando un notevole stato depressivo, infatti la trovavo spesso piangente (e alla fine essa stessa non voleva dirmene il motivo temendo che le mie eventuali rimostranze potessero ulteriormente peggiorare la situazione). È doveroso osservare che tale comportamento non è stato affatto generale, ma che si verificava soltanto durante alcune turnazioni, mentre in altre era presente anche del personale disponibile, gentile e premuroso.

Mi permettano quindi alcune osservazioni: a) è sicuramente nota a tutti i Pediatri della Struttura, ma credo ormai anche a tutti quanti si interessano seppur marginalmente del problema, l'enorme importanza che rivestono la precocità e la durata dei primi rapporti fra madre e neonato agli effetti del futuro rapporto e dell'allattamento al seno e la straordinaria importanza dell'allattamento naturale per la salute fisica e psichica del bambino. È noto anche quanto grande sia l'importanza dell'atteggiamento informativo e "incoraggiante" del personale ospedaliero per il successo di tale allattamento, in modo speciale in caso di primo parto e in particolari situazioni

quali il parto cesareo. Le osservazioni di numerosi studi sul ruolo negativo della restrizione della durata e della frequenza degli allattamenti sono univoche e hanno prodotto numerose iniziative in tutto il mondo e raccomandazioni anche da parte dell'OMS e dell'UNICEF.

b) Stupisce che alcuni elementi anche del personale "professionale" non siano stati posti nelle condizioni di poter venire a conoscenza di queste elementari norme. È tale l'importanza che viene data alla preparazione del personale ad affrontare i problemi che le mamme presentano subito dopo il parto, che in molte parti d'Italia (anche al Sud!) si organizzano opportuni corsi di preparazione specificamente rivolti al personale ospedaliero, proprio indirizzati a tale importantissimo argomento.

c) Non pare piuttosto insolito che prevalga ancora la mentalità che, confidando sulla situazione di debolezza e disagio per il particolarissimo momento fisico ed emozionale, il paziente non abbia la possibilità di porgere richieste, manifestare esigenze e anche formulare proteste, senza essere costretto a subire umiliazioni e colpevolizzazioni?

d) È comprensibile che non solo i pazienti, ma tutto il reparto risenta, e con esso anche il personale, della notevole carenza di manutenzione delle strutture dell'Ospedale e che questo possa essere motivo di tensioni; ma ciò non spiega però né le carenze culturali, né l'incapacità a intraprendere positive relazioni interumane con i pazienti, che dovrebbero essere alla base della cultura di tutto il personale ospedaliero e che comunque, come ho già osservato, non sono riferibili a tutto al personale, ma solo a una parte di esso. Ho molto riflettuto se fosse il caso o meno di informare il Tribunale per i Diritti del Malato di quanto accade in codesta Divisione di Pediatria e per il momento ho ritenuto che non fosse il caso di diffondere presso l'opinione pubblica questi fatti, ben sapendo quanta "fame di notizia e di scalpore" vi sia a volte da parte di un certo giornalismo nel contesto della sanità; neppure ho ritenuto per ora opportuno, confidando su di un sollecito ed efficace provvedimento della *équipe* pediatrica, di informare la Direzione Sanitaria dell'Ospedale e il Direttore dell'Azienda

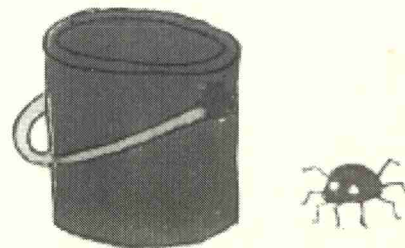
Sanitaria, in quanto ho timore che le responsabilità dei fatti accaduti possano essere addebitate magari proprio a chi ha a cuore il buon funzionamento del reparto e a ciò dedica quotidianamente le sue energie e la sua professionalità.

Qualora occorresse ribadirlo, chi scrive non lo fa affatto per motivi personali, ma solo per un doveroso interesse per la salute dei cittadini e per il buon funzionamento delle Strutture Sanitarie, e in particolar modo di quelle Pubbliche, col solo intento di fare un utile servizio alla comunità e non certo per voler colpire alcuni singoli che solo modestamente hanno colpa della loro ignoranza e della loro meschina mentalità.

Pertanto se non verrà posto in essere alcun provvedimento atto ad avviare un processo di umanizzazione attraverso una idonea preparazione del personale sanitario, mi riservo di intraprendere altre iniziative che riterrò utili per una sua positiva modificazione, ben sapendo che codesta struttura pubblica, nonostante sia dotata di notevoli energie e di grandi professionalità, continuerebbe a essere produttrice di disagi alla popolazione e sarà destinata purtroppo, come tante altre, a venire schiacciata e sostituita da strutture private. ■

Vive cordialità,

Narbolia, 20 maggio 1997



Lessico poco familiare: il sistema APQ

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 22

a cura della redazione

APQ significa **Analisi Partecipata della Qualità**.

Si tratta di un intervento, composto da una serie di attività, che si avvale di strumenti tecnico-funzionali che dovrebbero permettere l'osservazione delle strutture sanitarie dall'esterno cioè dai cosiddetti utenti/clienti: attraverso questionari somministrati a utenti, a dipendenti dei servizi sanitari, a dipendenti dei settori amministrativi e attraverso griglie di osservazione istantanee e periodiche da parte di persone addestrate, ma sempre un po' naïf.

Infatti il metodo fa uso sia di personale esperto dello staff APQ (chiamato *facilitator*: l'inglese è ahi noi di rito!) che di personale delle aziende sanitarie che abbia seguito un corso, pagato dalle aziende, sull'APQ che è una delle parti naïf di cui sopra si diceva. Si avvale inoltre per buona parte dell'attività di personale volontario composto da cittadini (perciò l'analisi è "partecipata") che abbiano seguito un modesto training (4-6 incontri per un totale di 48 ore). I cittadini sono intesi, dicono gli *apiquisti*, (ma questa l'abbiamo già sentita) come *una risorsa e non come un peso*.

Tutto questo fa parte sempre del naïf di cui sopra si diceva.

Nessuno in sostanza fra tutti coloro che si occupano di APQ ha avuto nessun training in valutazione di qualità.

Il reclutamento dei cittadini, ma anche degli operatori USL (chiamato, con ovvio inglese, *people rising*) avviene attraverso avvisi sulla stampa, volantini, conferenze ecc.

L'obiettivo di tutto questo lavoro è di produrre non dei dati, ma (e la cosa ci riempie di dubbiosità) un *data entry* (ancora ovvio inglese) per arrivare ad un *reporting*(!).

A questi operosi cittadini che lavorano in APQ vengono offerti degli incentivi (ancora una volta e ovviamente chiamati *benefit*): buoni mensa, copertura assicurativa, facilitazioni dentro le strutture sanitarie ecc.

L'esame delle strutture sanitarie vorrebbe basarsi (con una certa presunzione se si

tiene conto della parte naïf dello staff e della inesperienza in fatto di valutazione) su analisi di *struttura*, di *processo* e di *esito* secondo le indicazioni classiche della metodologia valutativa.

Per quanto abbiamo cercato di capire non siamo riusciti a intendere come possa essere esaminato l'*esito* con una metodologia partecipativa.

La durata della valutazione (dall'impostazione, all'arruolamento, alla valutazione) ha una durata di circa tre mesi, ma i tempi di attività, nei giorni e nelle settimane, sono assai limitati.

Le caratteristiche (chissà perché chiamate, stavolta in italiano, "*dimensioni*") della qualità che vengono studiate sono relative al rapporto interpersonale riscontrato, al comfort (condizioni effettivamente valutabili anche da quasi profani) e anche alla qualità tecnica delle prestazioni sanitarie (a nostro parere la qualità tecnica è difficilmente e pericolosamente valutabile con sistemi partecipati).

I criteri di valutazione sono la "distanza da standard", le disfunzioni, gli eventi sentinella.

Abbiamo assunto queste informazioni da un periodico dell'APQ (*anno 1 n° 2, marzo 1997*) il quale purtroppo non pubblica alcun risultato di indagini già terminate e definite.

Ci siamo voluti intrattenere su queste notizie perché ci pare francamente che si stia assistendo a una continua proposizione alle aziende sanitarie di tecniche valutative delle più varie dimensioni e dei più vari aspetti: la sanità rischia di essere vissuta come terra di conquista per iniziative private che di collaudato, di provato sul piano dell'appropriatezza hanno abbastanza poco.

Vorremmo sbagliarci, ma preferiremmo che i direttori generali fossero prudenti; perché anche l'APQ costa. E magari darà risultati straordinari, ma fino a quando non si vedranno pubblicati risultati controllati e discussi ci sembra debba rimanere una ipotesi valutativa tutta da provare. ■

Candidature del direttivo e dei gruppi locali

Costantino Apicella, di anni 41, iscritto all'ACP Campania, pediatra di base con precedente esperienza di clinica pediatrica universitaria.

Antonella Brunelli, di anni 41, iscritta all'ACP Romagna dal 1986, pediatra ospedaliero presso l'Ospedale "Bufalini" di Cesena; precedente

esperienza in pediatria di comunità e di famiglia; esperienze in didattica nei corsi di pediatria di famiglia e di comunità dell'ACP. Collabora alla rubrica abc in pratica di *quaderni acp*.

Interessi prevalenti: didattica e formazione, epidemiologia.

Silvia Pivetta, di anni 36, iscritta all'ACP da 7 anni, pediatra di comunità presso l'Azienda USL di Trieste; formazione di pediatria generale in Italia e all'estero.

Interessi prevalenti: pediatria di comunità, adolescenti, salute internazionale, abuso.

Francesca Siracusano, di 36 anni, iscritto all'ACP Messina, pediatra di libera scelta. Esperienza in didattica nei corsi di formazione permanente organizzati dall'ACP dello Stretto.

Gherardo Rapisardi, di anni 42, iscritto all'ACP Toscana; neonatologo presso la UTIN del Mayer di Firenze con precedenti esperienze in pediatria di famiglia; formazione in Italia

e all'estero. Interessi prevalenti: responsabile del centro Brazelton di Firenze, semeiotica neuroevolutiva del neonato/lattante, sviluppo del neonato pretermine, pianto e sonno del neonato.

Paolo Siani, di anni 42, iscritto all'ACP Campania dal 1986 e membro del consiglio direttivo; pediatra ospedaliero presso l'Ospedale "Cardarelli"

di Napoli. Redattore di *quaderni acp*. Interessi: gastroenterologia e allergologia; bambino con bisogni speciali, bambino a rischio sociale. Coautore del volume "Il bambino a rischio sociale".

IX CONGRESSO NAZIONALE ACP RINNOVO CARICHE SOCIALI 1997 - 2000

votazione per il presidente

in sostituzione di G. Biasini

.....
candidati segnalati: G. Tamburlini

votazione per cinque consiglieri

in sostituzione di quelli in scadenza:
C. Berardi (P. di famiglia), G. Cirillo (ospedaliero),
S. Conti Nibali (P. di famiglia), L. Venturelli (P. di famiglia);
e in sostituzione di G. Masera (universitario) da sostituire
per dimissioni (il sostituto scadrà nel 1999)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

candidati segnalati:

C. Apicella, A. Brunelli, S. Pivetta, F. Siracusano,
G. Rapisardi, P. Siani

votazione per il revisore

.....
candidati segnalati: D. Baronciani

Modalità di voto

Voto a distanza

Per votare non essendo presenti in congresso:
fotocopiare la scheda stampata in questa pagina.

Per i consiglieri esprimere il proprio voto indicando negli spazi i nomi di quattro iscritti all'ACP scegliendoli fra quelli indicati o candidando anche altri iscritti all'ACP in sede di congresso.

Per il presidente votare un solo nome; lo stesso **per il revisore**. **Inviare** la scheda in busta chiusa, contenuta in una seconda busta indicando il mittente, a Franco Dessì, via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR). *Non si terrà conto delle buste senza mittente né di quelle contenenti più schede.*

Voto diretto

Il socio può votare in sede congressuale con una scheda che gli sarà consegnata dalla commissione elettorale. Non sono ammesse deleghe.

La presente scheda è valida per le votazioni

SPESE FARMACI IN RIALZO

Sta bene l'industria!

La società italiana di farmacia ospedaliera prevede che lo sfondamento del tetto di spesa per i farmaci - fissato in 11.214 - sarà nel 1997 di 776 miliardi.

Lo scorso anno lo sfondamento è stato di 560 miliardi dovuto per 313 miliardi alle ricette prescritte e per il resto dallo spostamento verso farmaci più costosi. Di fronte a una spesa media di 192.500 lire ci sono variazioni in meno (Trentino meno 40%) e in più (Campania più 20%). Hanno spese più basse della media Veneto, Friuli V. G., Sardegna e Molise, più alte Basilicata, Emilia Romagna, Abruzzo. Spese vicine a quelle della Campania hanno Calabria, Toscana, Puglia, Sicilia, Marche (ASI 24 febbraio 1997).

Dal punto di vista dell'industria il 1996 è stato di vacche grasse: fatturato + 2,214 miliardi rispetto al 1995 (+ 11%, la punta più elevata del trend 90-96), riferibile sia al SSN (+ 1219 miliardi) sia al privato (+ 995 miliardi).

I 10.937 miliardi del 1996 pagati dal SSN non sono i soli soldi spesi per le medicine in Italia: il totale della spesa è di circa 22.000 miliardi, ma comunque almeno il 50% della spesa è stato sostenuto dal SSN. Di questa spesa il 58.8% è di prodotti di classe A e il 5.7% di prodotti di classe B. Dei farmaci consumati dai privati, 3.340 miliardi sono medicinali per i quali non si deve presentare la ricetta medica. Circa 2.500 miliardi sono riferibili a farmaci di efficacia discutibile o comunque non provata.

La spesa per farmaci "veri" sofferta dai cittadini è stata perciò assai inferiore al 50% grezzo che appare dai numeri sopra riprodotti.

Intanto fra le misure in cantiere per ridurre la spesa ci sarebbe un tentativo di coinvolgere più attivamente (incentivi e disincentivi) i medici di base, dovrebbe essere ridotta la quota detraibile delle spese promozionali effettuate dalle industrie farmaceutiche (ma non da quelle alimentari), dovrebbero esserci confezioni adeguate all'uso per ciclo di malattia.

MALATTIA E ARTE IN CLAUDE MONET

Negli ultimi lavori pittorici di Claude Monet, dalla sua visita a Venezia nel 1908, i critici hanno notato una certa indefinizione delle figure, una distorsione nell'uso dei colori e una prevalenza dei toni tenui rossi e gialli. Tutto questo dà alla sua pittura impressionistica *en plein air*, quella dell'ultimo periodo, un'atmosfera in qualche modo eterea che ne aumenta il fascino. A un pronipote di Monet, deceduto nel 1926, e a un cugino paterno di questi, deceduto nel 1950 è stata fatta diagnosi di distrofia miotonica o Sindrome di Steinert. Recentemente è stato eseguito uno studio molecolare su un discendente di Claude Monet che ha confermato la diagnosi (*Lancet* 1997;349:734). La malattia comporta nell'adulto, oltre alla miotonia, anche lesioni della vescica, della cistifellea e del cristallino: queste sono prima puntiformi, con aspetto di opacità iridescenti, fino alla comune cataratta. All'inizio della malattia si ha non già cecità, ma una particolare distorsione della visione, una tendenza all'abbagliamento e alla visione di colori tenui. La malattia ha contribuito alla grandezza di Claude Monet?

DOLLY E LA MAMMELLA MADRE

È sfuggito alla stampa quotidiana-periodica di darci la notizia che la pecora clonata dal Roslin Institute è derivata dal DNA del nucleo di una cellula epiteliale della mammella di una pecora in gravidanza avanzata trasferito in una cellula uovo enucleata (*Nature* 1997;385:810).

Può esserci qualcosa di speciale nella cellula mammaria di un animale in gravidanza, specie nell'ultimo periodo, quando la ghiandola è in attiva proliferazione?

Se ciò fosse ci potrebbero essere seri limiti alla possibilità di clonazione.

RIPIANATI I DEBITI USL 1994

È stato ripianato con una legge dello stato il debito pregresso delle USL a tutto il 1994 che ammonta a 11.000 miliardi.

Dopo la finanziaria del 1995 è vietato fare ricadere sulle aziende i debiti delle precedenti gestioni.

Per i debiti di quell'anno sarà previsto con un'altra legge la copertura a carico dello Stato.

Dal 1996, invece, la responsabilità del deficit dovrà ricadere a carico delle regioni (ASI 10 febbraio 1997).

SPESA SOCIALE

Chiara Saraceno (*Prosp. Soc. San.* 1997;4:1) ritorna sulla irragionevolezza della spesa sociale in Italia ed elabora una tabella nella quale prova a riclassificare gli impegni dello Stato nell'ambito della spesa per l'assistenza.

Ciclo di vita	
Scuola	80.300
Vecchiaia	186.500
Superstiti	43.300
Maternità	1.760
Rischi	
Sanità + indennità malattia	94.500
Disoccupazione	9.200
Invalità	27.000
Misure per mercato lavoro	270
Sostegno bisogni	
Famiglia	12.300
Invalità civile	18.000
Pensioni sociali	6.700
Altro	71

Analizzando le voci (in miliardi) appare chiaramente che la quota di redistribuzione a favore delle generazioni più giovani, a parte la scuola, è minoritaria e che gran parte della spesa sociale è dedicata a chi è stato o è nel mercato del lavoro.

INDICATORI DI SALUTE

Nella riunione del direttivo ACP di Cesena Tamburlini, in qualità di coordinatore di un gruppo che ha come compito la elaborazione di un numero limitato di indicatori della salute del bambino, ha presentato un progetto comune ACP-Burlo-Garofalo, che sarà presentato al Ministero della Sanità per il finanziamento.

Il progetto prevede la taratura degli indicatori in due regioni italiane, la definizione per ogni indicatore di una guida che permetta di leggere e comprendere il significato del dato.

Gli indicatori di base saranno presentati al congresso di Alberobello.

Il 25 giugno Baronciani, Biasini; Tamburlini hanno avuto un incontro con il centro documentazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze (che è istituzionalmente interessato alla elaborazione di indicatori di salute) rappresentato da Bellotti e Volpi, per attivare delle sinergie. L'incontro è risultato interessante.

Per informazioni e contributi rivolgersi a: G. Tamburlini, tel. 040/3785111.

DIDATTICA SUI BISOGNI DEI SERVIZI

Fedele ha presentato al direttivo lo scenario della formazione in pediatria che al momento, in grandissima parte delle regioni (tutte?), è limitata ai bisogni del singolo; quasi nulla (nulla?) viene progettato nell'ottica dei bisogni dei servizi. Ciò è particolarmente grave per le regioni del centro-sud.

È stata definita la necessità che alle regioni sia suggerita la elaborazione di indicatori di salute e di bisogno su cui orientare l'aggiornamento.

Viene altresì suggerito che l'ACP elabori essa stessa alcuni di questi indicatori e li proponga alle regioni. Fedele, Gangemi, Venturelli si occuperanno del problema.

Il corso di didattica di Palermo (giugno 1997) ha dedicato una sessione ad "imparare attraverso i dati".

Per informazioni e contributi rivolgersi a: S. Fedele, tel. 091/201553, G. Biasini, tel. 0547/352837.

DIPARTIMENTO AFFARI SOCIALI

Nel mese di marzo Acerbi, Baronciani, Biasini, in due occasioni diverse, hanno avuto contatti con il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del consiglio sul Piano d'azione del governo a favore dell'infanzia. All'ACP è stato richiesto di preparare un documento che è stato consegnato, a Cesena, in occasione del congresso "Comunità e salute: Italia ed Europa a confronto".

ABUSO: "FORMAZIONE DEI FORMATORI"

È in fase di avanzata preparazione un pacchetto per la "formazione di formatori" sull'abuso organizzato dall'ACP in collaborazione con il Centro per il Bambino Maltrattato (CBM). Per l'ACP si occupano dell'iniziativa Baronciani, Gangemi, Pivetta, per il CBM Di Blasio e Cirillo. I primi corsi si svolgeranno in autunno.

Per informazioni e contributi rivolgersi a: D. Baronciani, tel. 0341/489241.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Sta per essere definito un accordo di collaborazione fra ACP e la rivista Educazione alla salute edita dall'Associazione Italiana per lo studio delle malformazioni.

Per informazioni rivolgersi a: D. Baronciani, tel. 0341/489241.

ASSICURAZIONE RISCHI PROFESSIONALI

Il direttivo ACP ha dato incarico a Luisa Marolla di interessarsi per la stipula di una proposta di Assicurazione (rischi professionali) per i soci dell'Associazione. Per informazioni e contributi rivolgersi a: L. Marolla, tel. 06/30365995.

SALUTE INFANTILE

I soci Ciotti, neuropsichiatra e Gualtieri, psicologo, parteciperanno con loro contributi alla elaborazione del 2° rapporto sulla salute infantile in Italia.

FERRARESI IN ACP

Un gruppo ACP si è costituito fra pediatri residenti in provincia di Ferrara. Referente è Carla Cafaro, via Gradisca 18, 44020 S. Giuseppe di Comacchio (Fe).

PEDIATRA DI FAMIGLIA, COORDINATORE DI DIPARTIMENTO

Arturo Alberti, pediatra di famiglia di Cesena è stato nominato coordinatore del consiglio che collega le varie unità operative ospedaliere e distrettuali che daranno luogo all'istituendo Dipartimento Materno Infantile, già approvato dal consiglio dei sanitari e del quale si sta approntando il regolamento. Alberti svolgerà in sostanza le funzioni di coordinatore di dipartimento.

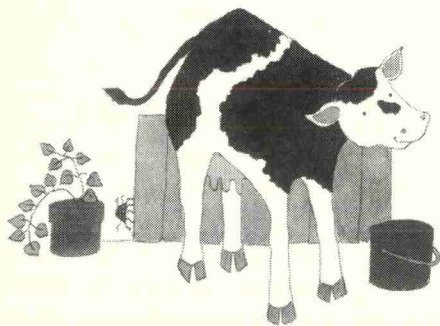
GRAN BRETAGNA

Laburisti, conservatori e programmi elettorali

Nella campagna elettorale in Gran Bretagna i tre partiti hanno tutti promesso più medici, più infermiere e meno burocrazia. I laburisti hanno attaccato i 20.000 manager in più e il miliardo e mezzo di sterline di spese che la riforma del "mercato interno" dei conservatori ha portato. Ora per ogni manager ci sono 77 dipendenti in posizione di staff. I pazienti trattati in 18 anni di governo conservatore sono passati da 5 a 9 milioni per anno, le spese sono aumentate del 79% e il budget del servizio sanitario ha raggiunto i 43 miliardi di sterline. I conservatori hanno basato il loro programma sull'aumento di competenze cliniche dei medici generici anche utilizzandoli nei "local cottage hospital". I practitioners non ne sono entusiasti.

I laburisti hanno chiesto l'abolizione del mercato interno (produttori di prestazioni che le vendono e acquirenti di prestazioni) sostituendolo con una programmazione regolata con i medici nelle sedi programmatiche. Per quanto riguarda il "budget" i laburisti non hanno suggerito di abolirlo, ma di stabilire programmi e compensi economici di distretto più che di gruppo.

Staremo a vedere che cosa succederà dopo la vittoria dei laburisti.



ATTENTI AL WHISKY

Il Dipartimento di tossicologia della università di Maastricht riferisce (*Lancet 1996:348:1731*) in una nota che in tutti i whiskies esaminati sono presenti idrocarburi policiclici aromatici sostanzialmente eguali a quelli del fumo di sigaretta, ad azione carcinogenetica.

Gli "Scotch malt" avrebbero la più alta concentrazione di sostanza.

La derivazione degli idrocarburi starebbe nella presenza della incompleta combustione di combustibili fossili presenti nell'ambiente.

USA

Circoncisione senza anestesia

Sapevate che in USA la circoncisione neonatale è fatta senza anestesia?

Ora lo sapete. Gli americani si sono posti il problema perché si sono accorti che i circoncisi piangono di più alla successiva iniezione di vaccino. "Astutely" hanno fatto un gruppo (*Lancet 1997:349:599*) di neonati circoncisi con anestesia (EMLA) e un altro senza. Si sono accorti che i circoncisi senza anestesia piangevano di più alla vaccinazione. Come dire: la paura fa novanta.

OMS

Riconsiderazione del rischio "mucca pazza"

L'OMS ha raccomandato che la selezione dei donatori di sangue escluda i soggetti a rischio di Creutzfeld-Jacob e di altre encefalopatie spongiformi trasmissibili: cioè coloro che hanno ricevuto ormone della crescita o gonadotropine ipofisarie, o che hanno ricevuto trapianti di dura madre da cadavere dato che questi sembrano avere cagionato in Giappone 25 casi di Creutzfeld-Jacob e 50 in tutto il mondo. L'ipotesi che sta sotto queste

decisioni è che la infettività da Prioni stia anche nel sangue e nei suoi componenti. Cosa questa che era stata fino a ora smentita.

BURMA

La dott.^{ssa} Ma Thida sta morendo in carcere

La dott.^{ssa} Ma Thida, che ha ricevuto nel 1996 il premio Rebock per i Diritti Umani, è stata condannata a venti anni di carcere a Rangoon per avere attentato alla pubblica pace; aveva distribuito "letteratura non autorizzata".

Ma Thida è affetta da tubercolosi e da un tumore ovarico che richiede l'intervento chirurgico.

Qualsiasi intervento presso il nostro Ministero degli Esteri per un'azione, presso la giunta militare burmese può essere utile.

STATISTICHE

Tasso di fertilità per donna (volgarmente detto numero di figli per coppia) in Europa nel 1992

Svezia	2.08
Irlanda	2.07
Gran Bretagna	1.80
Danimarca	1.76
Francia	1.71
Olanda	1.59
Belgio	1.56
Germania Occ.	1.40
Italia	1.31
Spagna	1.23

Mortalità in Gran Bretagna nel 1994

Neonatale	4.1/1.000
Infantile	6.2/1.000
nati < 1.500 g.	220/1.000
nati 1.500-1999 g.	28.3/1.000
nati 2.000-2.500 g.	10/1.000
Perinatale	8.9/1.000

BETTY DONG:

Una rogna
per la Knoll USA

A una ricercatrice di S. Francisco fu commissionato sette anni fa dalla Boot Farmaceutici uno studio di controllo fra un prodotto Boot-Knoll di nome Syntiroid e due "generiche" levotirosine di costo assai inferiore. La ricercatrice (Betty Dong) non riscontrò differenze fra i prodotti testati: il rapporto costo/beneficio era perciò a sfavore del prodotto della ditta committente. Ciò scatenò una campagna di svilimento della ricerca e un tentativo di definire la Deng poco capace di ricercare, effettuato a livello dei "superiori" amministrativi e scientifici della Deng.

Il *JAMA*, però, accettò il lavoro nel 1994 dopo che questo era stato sottoposto al giudizio di ben **cinque** revisori. Deng, però, ritirò il lavoro, due settimane prima della pubblicazione, perché la ditta produttrice preannunciava azioni legali dato che nel "contratto di ricerca" era scritto che "i dati ottenuti dal ricercatore sono considerati confidenziali e non pubblicabili se non con consenso scritto". Le cose stavano così, ma successe un evento extrascientifico: il *Wall Street Journal*, non esattamente un giornale rivoluzionario, pubblicò una "front-page" su tutta la faccenda. La Food and Drug Administration fece pesanti pressioni sulla casa produttrice (*Lancet* 1997;349:1149). Tutto questo, e non le proteste dei ricercatori e degli scienziati, convinse il Presidente della Knoll, che nel frattempo aveva inglobato la Boot, a togliere il veto alla pubblicazione del rapporto. Per due motivi, diceva il Presidente:

- primo per la considerazione che la Knoll ha per la libertà della ricerca, e su questa ci sembra lecita qualche ironia che forse sfugge a un grande manager come Carter H. Eckert;

- secondo perché le "speculazioni" sul comportamento della Knoll erano un "fatto"; e negli USA i fatti vanno considerati fatti. E questa è una considerazione che volentieri importeremmo in Italia dove di solito quando i fatti vanno contro le opinioni dei più, o dei più grossi, è tanto peggio per i fatti.

USA

Cromosomi artificiali

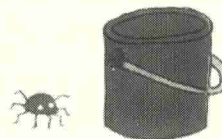
Ricercatori di Cleveland hanno prodotto il primo cromosoma artificiale funzionante. Il cromosoma può persistere nelle cellule che lo ospitano fino a sei mesi e viene replicato come i cromosomi "naturali". Il cromosoma prodotto è composto di tre parti: DNA telomerico prodotto dalla PCR che protegge l'estremità del cromosoma, un segmento di DNA genomico, una parte centromerica altamente replicativa. Due tipi dei cromosomi prodotti contengono anche componenti del cromosoma naturale. Il terzo è tutto artificiale ed è lungo circa il 10-20% dei cromosomi naturali.

L'indicazione è ovviamente la terapia genica. (*Nat. Genet.* 1997;15:345)

CEE

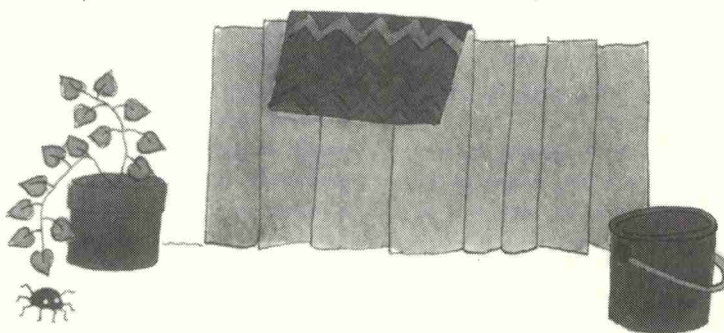
La ricerca europea
e le morti nel mondo

Il programma della CEE per la ricerca biomedica non è di poco conto: 300 milioni di ECU nel periodo 1994-98 che saranno presumibilmente aumentati nel periodo 1998-2002. L'orientamento sarà probabilmente quello di privilegiare le patologie età correlate e degenerative (l'Alzheimer, il diabete, i tumori, le malattie cardiovascolari), le malattie ereditarie, lo studio del genoma e le neuroscienze.



Queste scelte sono la conseguenza delle "morti nel mondo" secondo i dati della Banca Mondiale che nel 1990 sono state 50 milioni. Le prime 10 cause sono così ripartite (dati in milioni):

Attacchi ischemici cardiaci	6.3
Malattie cerebrovascolari	4.4
Infezioni respiratorie basse	4.3
Diarrea	2.9
Morti perinatali	2.4
Malattie ostruttive polmonari	2.2
TBC	2.0
Morbillo	1.0
Incidenti da circolazione stradale	0.99
Tumori respiratori	0.94
Malaria	0.86
Anomalie congenite	0.6
Suicidi	0.76
Tetano	0.54
Annegamenti	0.50
Cause belliche	0.50
Tumori colonretto	0.47
Tumori esofagei	0.36
Pertosse	0.34
Tumori mammari	0.32
AIDS	0.31



A proposito di "bambini a rischio sociale" e di pediatri

Dal 28 Febbraio all'1 Marzo di quest'anno si è tenuto a Palermo il Convegno sul "Bambino a rischio sociale".

È stata la testimonianza, ancora una volta, della "diversa" cultura che da tempo si propone nell'ACP.

È stato particolarmente emozionante sia sul piano culturale e ancor più sul piano umano vedere medici che non hanno parlato di medicina o di argomenti tecnicamente scientifici ma che si sono posti di fronte al bambino quale complessità psicofisica e quale entità sociale ben definita.

Diventa ormai quasi retorico sottolineare quanto il benessere fisico sia direttamente correlato al benessere psichico, ma quest'ultimo a sua volta da chi dipende? Non volendo entrare in un discorso psicoanalitico rivolto alle motivazioni soggettive di tale stato, guardiamo alle motivazioni oggettive. Queste ultime le dobbiamo cercare nella interazione del bambino oltre che con la sua famiglia, per lui primo modello di struttura socialmente organizzata, anche con altre realtà che gli ruotano intorno: la struttura sanitaria, la scuola, le attività ricreative... La mancata interazione o possibilità di accesso a esse fanno del bambino un soggetto emarginato o comunque a rischio.

È quindi immediata l'esigenza anche del medico, nello specifico del pediatra, di trovare un modello di atteggiamento professionale che vada oltre il classico rapporto dualistico "medico-paziente" ma che abbia possibilità di interagire con altre figure quali l'assistente sociale, l'insegnante, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile, ecc. cercando di creare quella che giustamente nei giorni del congresso è stata chiamata "rete-sociale".

Nelle maglie di quest'ultima viene a intrapolarsi la struttura sanitaria nella sua complessità di sistema burocratico-economico sia statale che aziendale.

Viene infatti spontaneo chiedersi, là dove i servizi esistono, quali sono, come funzionano, chi vi opera; e i dipartimenti Materno-Infantili così ben delineati nella teoria ma così complessi da attuare praticamente, chi li elabora, chi si preoccupa non solo di conoscerli sulla carta ma di tradurli concretamente sul territorio?

Alla luce di quanto detto è importante che il pediatra di libera scelta sia una figura in dinamica trasformazione rispetto ai nuovi bisogni dell'utenza e rispetto al nuovo Piano Sanitario nell'ambito del quale deve assumersi precise responsabilità organizzative. Tra breve tempo si riapriranno le discussioni sul nuovo contratto della Pediatria di base: esaminiamone alcuni punti cruciali. Si seguono troppi bambini; ciò non permette quella qualificazione prima di tutto specialistica e in secondo luogo sociale che viene inevitabilmente a tramutarsi, seppur quando possibile, in assistenzialismo individuale da banco di mutuo soccorso. Trovo anche necessaria la progettazione di programmi-obiettivo rivolti in particolare alla prevenzione, in maniera logico-razionale e che non richieda un intervento economico da parte dell'utente inficiando il rapporto di fiducia e di rispetto reciproco medico-paziente con un meccanismo di tipo commerciale.

Vediamo ad esempio le vaccinazioni facoltative per la pertosse, il morbillo e altre patologie che potrebbero essere sostenute offrendo gratuitamente il vaccino all'utente e dall'altra parte rispettando la professionalità dell'atto medico con un incentivo economico che provenga però dall'azienda. Tutto quanto detto sin ora deve necessariamente essere sostenuto da un aggiornamento culturale e professionale.

Ascoltare i vari relatori durante il Convegno, ribadisco pochi i medici, ha permesso di individuare aspetti del nostro essere pediatri, e qui specifico di libera scelta, di base, di famiglia o come meglio vogliamo chiamarci, che devono necessariamente confrontarsi con realtà sociali e di vita che indubbiamente non troviamo spiegate e interpretate nei testi di medicina o nella letteratura medica.

Il pediatra indubbiamente deve approfondire le sue conoscenze scientifiche per meglio qualificare il suo atto medico di specialista, ma deve calarsi nella realtà politica e sociale che lo circonda, essere personaggio attivo nella individuazione e realizzazione delle sue modalità lavorative.

Il nostro ruolo di pediatri non è infatti solo quello di garantire, nel limite delle proprie possibilità, la sanità fisica, ma anche quello di avere un occhio attento a individuare segni e sintomi di malattie "dell'anima" che possono devastare e deturpare un terreno così fertile come quello del bambino.

dott. ssa Rossella Forcucci
Pediatra di base, Pescara

Considerazioni sull'articolo "la conoscenza dei profili giuridici nell'abuso intrafamiliare"

Il percorso complesso e nel contempo così frequente, esemplificato dalla storia di Manuel che introduce l'interessante e puntuale analisi sulla cornice giuridica nei casi di abuso all'infanzia di *F. Marchetti e coll.* pubblicata su *quaderni acp 4,1:26-30* richiama l'attenzione ai nodi problematici, alle incomprensioni e alla diffidenza che gli operatori dell'area medica e psico-sociale spesso nutrono verso l'intervento della magistratura. Da tutta la normativa sulla tutela del minore (*Codice Civile, Legge 184 sull'affido e l'adozione, Convenzione internazionale sui Diritti dei minori del 1991*) emergono linee programmatiche molto chiare che, almeno sul piano dei principi, invitano da un lato ad attuare misure capaci di proteggere i bambini e dall'altra a salvaguardare il loro diritto, laddove possibile, a vivere nella famiglia d'origine. Nella realtà e nella operatività dei servizi questa indicazione si scontra con ostacoli difficili da superare. L'intervento nei servizi pubblici sebbene dotato di tecniche raffinate e sperimentate in anni di pratica e di riflessione teorica, si imbatte in ostacoli insuperabili ogniquale volta vengano a mancare quelle specifiche e irrinunciabili condizioni che ne consentano l'applicazione. Ogni volta che il paziente, l'utente o la famiglia, nonostante il disagio, le difficoltà o la patologia, si sottraggano all'intervento, non appaiano motivati, non richiedano esplicitamente un aiuto o, infine, non si mostrano capaci di riconoscere il proprio disagio o quello di un figlio. Ci si imbatte allora in situazioni, in cui gli operatori, da alcuni segnali del bambino o da informazioni sulla famiglia, iniziano a sospettare che i genitori non siano semplicemente inadempienti verso i figli, ma che i problemi dei bambini siano la conseguenza di situazioni familiari conflittuali nelle quali emergono denigrazioni verbali, critiche, aggressioni, trascuratezza e incuria rivolti alla prole. E ancora, casi in cui il bambino esibisce segni di incuria, di maltrattamento fisico accompagnati da sintomi psicologici gravi che rendono evidente la presenza di qualche forma di abuso perpetrato ai suoi danni. Queste diverse situazioni sono acco-

munate tutte dalla presenza di comportamenti parentali che, in modi e gradi diversi, mettono a repentaglio la salute fisica o psicologica del bambino e che richiedono interventi di tutela e di protezione.

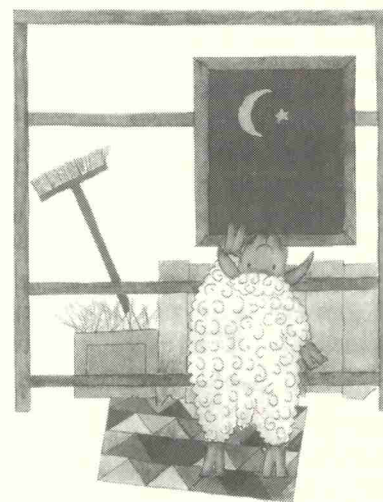
Certamente un nodo problematico che determina incertezza nell'intervento è costituito da un approccio tipico delle professioni psicologiche e sociali, e forse anche sanitarie, fondato sulla idea che la specificità dell'intervento consista nel fornire terapia e sostegno in contrapposizione ad altre professioni che, sempre nell'area minorile, sono deputate al controllo sociale. Le professioni cosiddette di aiuto si preoccupano dei problemi e dei meccanismi individuali e sociali con l'obiettivo di introdurre maggiore complessità, di rompere sequenze ripetitive, di favorire il cambiamento e ampliare le alternative, mentre le professioni di controllo hanno lo scopo di normalizzare il comportamento, sanzionarlo, riportarlo entro i limiti previsti dalle norme sociali. Funzioni antitetiche da cui nascono e si organizzano diverse filosofie operative. Le professioni cosiddette di aiuto e in particolare gli psicologi, più di altri portatori di tale concezione, fanno coincidere la spontaneità della richiesta e la motivazione a essere curati con la possibilità degli individui di iniziare a cambiare se stessi e le relazioni nelle quali sono inseriti. Anche gli interventi sociali di sostegno e di aiuto alla famiglia sembrano seguire, seppur in forme meno accentuate, la stessa filosofia che fa coincidere il desiderio di essere aiutati con la possibilità di cambiare. Certamente sarebbe improprio o inopportuno sostenere la erroneità di queste posizioni che effettivamente delineano le condizioni più favorevoli e propizie per preconstituire un buon rapporto terapeutico, di counselling o di sostegno. Ma si tratta anche di condizioni ideali tipiche, proprie di contesti più simili a quello di uno studio privato e la cui applicazione ai servizi pubblici è possibile solo in una minoranza di casi. L'utenza di un servizio pubblico è più ampia, variegata, portatrice di problemi in cui gli aspetti sociali e psicologici si intrecciano, in cui le resistenze di alcuni a fidarsi degli operatori sono pari alla tendenza all'assistenzialismo preteso da altri. Il servizio pubblico, inoltre, per la sua struttura e le sue caratteristiche è un osservatorio grazie al quale emergono problemi altrimenti sottaciuti e negati che non coincidono con l'interesse dell'utente a farli emergere. Tutte queste diverse funzioni sollecitano e pongono

domande di aiuto altrettanto molteplici e articolate. Domande che vanno interpretate, rilette e che non possono essere incanalate in prassi standard efficaci per alcuni interventi, ma non per la maggioranza di essi.

E allora, sostenere la possibilità di un intervento solo a patto che l'utente sia motivato e lo chieda implica automaticamente e inconsapevolmente decidere di relegare in un'area di marginalità e di cronicizzazione bambini, famiglie e gruppi che sanno e possono chiedere solo in modo indiretto, solo attraverso comportamenti devianti o sintomatici. I servizi devono potersi organizzare per tentare di rispondere, nel modo più efficace possibile, anche a domande formulate in modo apparente improprio, soprattutto quando l'interesse di tutela dei bambini entra in conflitto con l'interesse dei genitori. Un primo passo indispensabile per poter avviare qualunque progetto, come tutti sappiamo, consiste nell'effettuare una valutazione della situazione. Nei casi in cui le famiglie sono incostanti, si sottraggono, sono inadeguate o fanno sorgere il dubbio di essere maltrattanti è importante cercare di capire se si è in presenza di un bambino da aiutare con interventi psico-sociali individuali o familiari, o viceversa di un bambino da tutelare e proteggere. Nel caso di Manuel emergeva prepotente la necessità di interventi capaci di proteggerlo proprio dalla dannosa e cronica relazione con i suoi genitori. Da qui la segnalazione al tribunale che troppo spesso viene percepito, dagli stessi operatori, come l'ultima carta da giocare dopo aver visto fallire l'ampio repertorio di interventi di sostegno e di aiuto messi in campo per cercare di mobilitare le risorse della famiglia. Viceversa, come insegna l'esperienza dei centri specialistici che come il CBM da anni si occupa di abuso all'infanzia, il sostegno e l'intervento psicologico deve potersi integrare con gli interventi giuridici di tutela e rappresentare una risorsa, una possibilità solo dopo l'attivazione di un meccanismo giudiziario che garantisca la salvaguardia della salute fisica e psicologica del bambino. La tutela e la protezione del bambino vanno intesi nella accezione di interventi complessi e articolati che non si esauriscono con la segnalazione ma che da essa prendano l'avvio per costruire un progetto che salvaguardi il diritto del bambino a essere psicologicamente aiutato non solo individualmente, ma anche sul piano dei rapporti con la propria famiglia d'origine. Un intervento solo di protezione che non si

prefigga anche lo scopo di chiarire la natura e le caratteristiche dei legami familiari, che lasci incertezze, dubbi o confusioni nelle percezioni o nei sentimenti che il bambino nutre verso i propri genitori, rischia di essere parziale e di lasciare inalterata la carica emotiva di ambivalenza, colpevolizzazione, rabbia, autodenigrazione che si accompagna alla dinamica dell'abuso. L'intervento sulla famiglia ha allora l'obiettivo di capire in dettaglio la dinamica e la processualità abusante affinché anche il bambino possa comprenderla e liberarsi da ingiustificate colpevolizzazioni. Ha ancora l'obiettivo di verificare la suscettibilità della famiglia al cambiamento affinché il bambino stesso, laddove sia possibile, possa ristabilire relazioni soddisfacenti con la propria famiglia d'origine. Se questo non è possibile, se la famiglia non può modificare i propri modelli disfunzionali, è necessario elaborare prontamente progetti alternativi e idonei allo sviluppo del bambino. È comunque sempre importante che nella elaborazione dei programmi di intervento le diverse fonti di informazioni professionale (pediatra, magistrato, assistente sociale, psicologo, medico ecc.) possano effettivamente confrontarsi nella consapevolezza che dalla collaborazione di équipe integrate possano emergere interventi capaci di coniugare la tutela del bambino con il trattamento psicologico della famiglia, di coniugare le esigenze giuridiche con quelle socioassistenziali, per superare la pericolosa alternativa tra semplice criminalizzazione del genitore e indifferenza verso le vittime di abuso.

Paola Di Blasio
Psicologa, Milano



Al consultorio per imparare a (pre) scrivere

È difficile, si può sbagliare, (e forse qualche errore è stato fatto) ma val la pena di provare. Nell'ambito del progetto di adozione sociale sperimentato a Secondigliano è nato un sottoprogetto di alfabetizzazione materna organizzato dal pediatra del consultorio, da alcuni insegnanti e da un gruppo di volontari. L'idea è che insegnare a leggere e a scrivere a chi non sa, fornendogli uno strumento basilare di conoscenza e interpretazione della realtà, è comunque "un atto medico" dovuto. Sono passati alcuni mesi e spesso la mia mente si perde dietro le immagini e dentro le sensazioni di allora. L'appuntamento era alle 15.00, dovevo essere puntuale. Negli ultimi tempi l'ho vista spesso; mi ha portato a uno a uno tutti i suoi bambini. Qualche giorno fa sono passata da lei per ricordarle, ancora una volta il giorno fissato per la prima lezione. *"Maria non ti preoccupare, non sarai sola, ci saranno altre donne e i bambini li potrai portare con te, giocheranno e faranno merenda. Maria hai capito? devi venire al consultorio, le ripetevo sillabando per essere certa che capisse sul serio, per imparare a scrivere"*.

Lei mi guardava con i suoi occhi piccoli, sempre un po' impauriti e impenetrabili e ripeteva sì, sì. Seduta attorno a un tavolo su una sedia sgangherata in casa di sua cognata Fortuna con i bambini che mi saltellavano intorno facevo vagare il mio sguardo sulle pareti nude e sui capelli neri di Fortuna, sulle porte scrostate e sulla finestra semidivelta, sugli unici quattro bicchieri nella credenza e sull'immanicabile e onnipresente televisione.

Vorrei scappare, però vorrei sistemare tutto, vorrei giocare con i bambini e pure vorrei essere lontanissima da loro.

Inchiodata alla sedia penso che... no non penso, qui non si può pensare, qui si sente e basta e io sento così fortemente... o cavolo!

Sento di essere ormai fregata, perché ora so dove vivono e come vivono. Prima lo potevo solo immaginare e questo in qualche modo mi proteggeva. Tornando,

penso: *"e se a questo incontro non venisse nessuno?"*. Mi ritorna in mente l'espressione incredula delle volontarie che lavorano al progetto quando hanno saputo che l'iniziativa non era partita dalle donne ma in qualche modo era stata loro imposta e accettata come l'antibiotico o la tachiprina. Il giorno è arrivato; sto andando a prendere Maria e i ragazzi. I bambini come al solito seminudi mi corrono incontro, chi a piedi, chi sui vecchi tricicli: *"a dottoressa, a dottoressa"* gridano contenti e io ho già capito che non sono pronti e non lo saranno (mai?) Quasi correndo arrivo davanti alla casa, Maria è lì, non mi chiede di entrare, immobile ascolto il suo farfugliare: *"dottorè nun poz' venì, papà sta malato e l'aggia i a truvà, stong' aspettann' a..."* (dottoressa non posso venire, papà è malato e lo devo andare a trovare, sto aspettando) ...ormai non la sento più, le dico di farsi vedere appena possibile e mi avvio alla macchina. Più tardi tornando a casa, mi scopro a canticchiare una canzone che inconsapevolmente ho evocato e che non sapevo di ricordare: *"nel mio cuor, nell'anima, mormorano le labbra senza che la mia volontà se ne occupi, c'è un prato verde che mai, nessuno ha calpestato, nessuno, se tu vorrai conoscerlo, cammina piano perché nel mio silenzio anche un sorriso può far rumore"*.

Di colpo capisco. Maria, Maria che lezioni mi hai dato. Mi sono introdotta nella tua vita con la grazia maldestra di un guerriero convinto di essere alle crociate e ti ha disorientato, il mio essere sgusciata fuori dal ruolo al quale tu eri abituata. Maria anche un sorriso può far rumore.

Quanto fracasso devo aver fatto io pretendendo di sapere cosa fosse giusto per te e come ottenerlo, turbando la quiete della tua mente semplice. Alla prima e finora unica riunione nessuna delle quattro donne che avrebbero dovuto partecipare si è presentata.

Solo una delle quattro aveva messo in dubbio la sua presenza per il morbillo di uno dei figli.

Maria, 26 anni: analfabeta, quattro figli, marito disoccupato.

Maria S., 32 anni: analfabeta, tre figli, marito venditore ambulante.

Carmela, 25 anni: analfabeta, due figli,

marito panettiere.

Anna R., 40 anni: analfabeta, cinque figli, marito disoccupato.

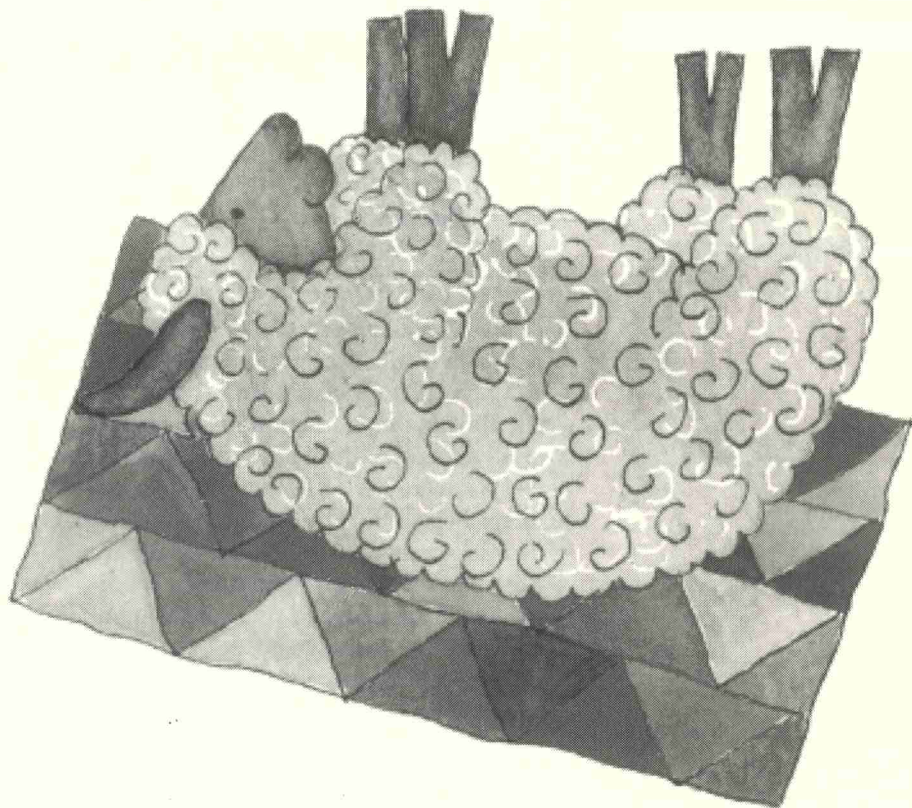
Le nostre convinzioni sulla necessità di fare emergere bisogni che apparentemente appaiono al di fuori delle esigenze primarie e reali del quotidiano di queste donne, rimangono tuttavia radicate. La nostra riflessione e la nostra sperimentazione devono però sfociare in nuove modalità di intervento che superino un modo di pensare che è prevalentemente tecnico, per cui messo a fuoco un problema e conoscendone la soluzione, la risoluzione ne consegue automaticamente. Forse dobbiamo semplicemente imparare a camminare piano per non calpestare i prati verdi dell'anima. Maria è incinta per la quinta volta.

Carmela Di Maio
pediatra di consultorio
Secondigliano Napoli

Il dibattito sul bambino con bisogni speciali si sta facendo in questi ultimi anni sempre più ricco e, diciamo, anche fruttuoso. Si è passati da una fase di analisi del problema, in cui sono stati individuati alcuni indicatori sociali, a una fase più difficile, più tecnica, (dove è più facile sbagliare, perché è un campo dove il pediatra non si sente a suo agio) di intervento. Sono stati proposti interventi integrati in quartieri a rischio in alcune città d'Italia nell'ottica, come scrive Tamburlini nell'editoriale di Medico e Bambino 1997;8 "che se riusciremo ad aiutare anche una sola famiglia, avremo prodotto probabilmente più salute che con un'intera campagna vaccinale". La pediatria, o almeno una parte di essa, sta prendendo pian piano coscienza dei nuovi bisogni che prepotentemente vengono alla ribalta (tossicodipendenza, abuso, evasione scolastica ecc.) e che sempre di più coinvolgeranno il pediatra nei prossimi anni accanto alla diarrea, al morbillo, all'asma o al diabete. Non c'è dubbio che se si fosse riusciti a insegnare a leggere e a scrivere soltanto a una delle quattro mamme coinvolte nel progetto avremmo prodotto molta più salute che tanti bilanci di salute ai due figli di Carmela.

P. S.

ausili didattici



all'interno:

Leggere & fare

Informazioni pratiche per persone pratiche

Bilanci di salute

Come condurre la visita a nove mesi

Abc in pratica

Linee guida per il follow-up delle infezioni urinarie

Convulsioni febbrili: che fare?

Informazioni per genitori e pazienti

L'infezione intestinale con diarrea e/o vomito

Saper fare

Le cardiopatie congenite

Linee guida per seguire un ragazzo

con Sindrome dell'X fragile

Rassegna bibliografica

I bambini con bisogni speciali

Il caso che insegna

Emisioni otoacustiche transitorie e identificazione dei difetti uditivi congeniti

Lucio Piermarini

Pediatra di Comunità AUSL 5 Terni

L'identificazione precoce dei difetti uditivi congeniti (DUC) e acquisiti è ormai considerata obiettivo primario del Servizio Sanitario Nazionale. Una strategia utilizzata in molti ospedali è quella di individuare i neonati a rischio per DUC per poi sottoporli in tempi brevi alla valutazione dei potenziali evocati acustici o ABR (Auditory Brainstem Response). Successivamente, per l'età di 6-9 mesi, c'è un accordo pressoché unanime sull'uso del cosiddetto Boel test per uno screening di popolazione anche se, in alternativa, c'è chi propone una valutazione comportamentale con la collaborazione dei genitori, valorizzando ogni sospetto che possa emergere dalla osservazione domiciliare (1). Coprire però la popolazione neonatale a rischio (tabella 1) identifica soltanto una parte dei DUC, non più del 50% nel migliore dei casi (2,3); d'altra parte estendere a tutti i nuovi nati il test ABR è estremamente dispendioso.

Tab. 1

Fattori di rischio maggiori per DUC	% dei DUC
Ricovero in Ter. Intens. Neon.	32
Storia familiare di DUC	25
Anomalie cranio-facciali	7

Il Boel test dovrebbe rappresentare il filtro efficace per i casi sfuggiti in epoca neonatale, sempre che si riesca a ottenere una copertura totale della popolazione. La sua sensibilità può arrivare sì al 90% ma, a seconda dell'abilità dell'operatore, si hanno valori fino al 50% (4,5). Inoltre tra primo esame, test di conferma, richiesta di consulenza e accertamento definitivo l'età di identificazione può oscillare tra gli 8 e i 24 mesi (6).

Negli USA il National Institute of Health (NIH) si è posto come obiettivo il riconoscimento dei DUC all'età massima di 6 mesi (7). Nel Regno Unito ci si accontenta di dia-

gnosticare il 40% dei DUC a 6 mesi e l'80% entro il primo anno (8). Oggi esiste la possibilità di utilizzare una nuova tecnica: le emissioni otoacustiche transitorie (EOT).

Nel 1977 un ricercatore inglese, D. T. Kemp, scoprì che l'orecchio normale produceva dei suoni. Questo fenomeno si verifica sia spontaneamente che dopo una stimolazione sonora. Kemp individuò l'origine delle onde sonore, di ampiezza particolarmente bassa, nella coclea. Successivamente propose di sfruttare questo fenomeno nella pratica clinica, dove sono usualmente prodotte come risposta a un breve stimolo uditivo (9). Tali onde, appunto le EOT, possono essere registrate in ogni orecchio normale e sono abolite se è presente una ipoacusia con soglia superiore a 30 dB (10). La risposta è del tipo tutto o niente e, in pratica, è analizzabile in metà tempo rispetto all'ABR (12). Utilizzate nei neonati non a rischio la sensibilità è del 100% (pari all'ABR), la specificità dell'80% (90% con l'ABR) (14). La specificità si riduce nei prematuri fino al 50%; è migliore nei neonati più vecchi di 36 ore per ragioni non ben conosciute, forse per la presenza liquido nell'orecchio e/o per lo stato di ossigenazione della coclea (11).

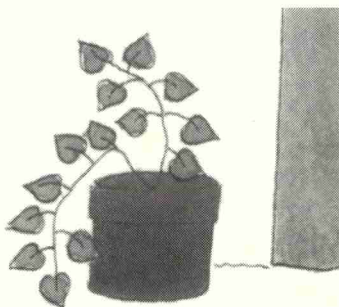
La strumentazione utilizzata attualmente è lo ILO 88 della Otodynamics Ltd; esiste anche, ma ancora a livello di ricerca, uno ILO 92 capace di analizzare il "prodotto di distorsione" con tempi di esecuzione ancora più rapidi e in grado di eseguire quasi un audiogramma.

L'esecuzione del test, a differenza dell'ABR, non richiede personale specializzato ma solo addestrato con un breve corso (12). Le esperienze fatte finora sia nei neonati (12,15) che sui bambini in età scolare (13) sono state tali da indurre il NIH (7) e l'Accademia Americana di Pediatria (2) a proporre lo screening universale dei neonati utilizzando le EOT in prima battuta e l'ABR come conferma. Le due tecniche associate raggiungono una specificità del 99% (14).

Le valutazioni dei costi tutto compreso fatte nel Regno Unito danno un valore di dieci sterline per neonato screenato; l'abolizione del Boel test, se sarà ritenuto inutile dagli studi in corso, darebbe un risparmio pari ai costi dello screening universale neonatale (12). In Italia stanno iniziando solo ora le prime sperimentazioni a Roma, Milano, Perugia e la divulgazione di questa tecnologia sta arrivando prima sui giornali per le mamme che sulle riviste pediatriche; sarà forse il caso di stare un po' più attenti.

Bibliografia

- 1) Scanlon P., Bamford J. M. B., *Early identification of hearing loss: screening and surveillance methods. Arch. Dis. Child* 1990;65:470-484
- 2) A. A. P. comitato 1994 sull'udito. *Pediatrics, Ed. It*;7:171-174
- 3) Watkin P. M. et al., *Neonatal at risk screening. Arch. Dis. Child* 1991;66:1130-5
- 4) Davis A. C., Wood S. *The epidemiology of childhood hearing impairment. B. J. Audiol* 1992;26:77-90
- 5) Robertson et al., *Diagnosi tardiva della sordità congenita. Arch. Dis. Child* 1995;72:11-15
- 6) Davis A. C. et al., *Risk factors for childhood hearing disorders. J. Am. Acad. Audiol* 1995
- 7) *Early identification of hearing impairment in infants and young children. Consensus statement. N. I. H.* 1993;11:1-3
- 8) *National deaf children's society. Quality standards in paediatric audiology. London* 1993
- 9) Kemp D. T., *Stimulated acoustic emissions from the human auditory system. J. Acoust. Soc. Am.* 1978;64:1386-91
- 10) Bray P., Kemp D. T., *An advanced cochlear echo technique suitable for infant screening. Br. J. Audiol* 1987;21:191-204
- 11) Thornton A. R. D. et al., *External and middle ear factors affecting otoacoustic emissions in neonates. Br. J. Audiol* 1993;27:319-327
- 12) Watkin P. M., *Neonatal otoacoustic emissions screening and the identification of deafness. Arch. Dis. Child* 1996;74:F16-F25
- 13) Richardson M. P. et al., *Otoacoustic emissions screening in childhood. Arch. Dis. Child* 1995;72:294-297
- 14) Richardson M. P., *Otoacoustic emissions. Arch. Dis. Child* 1995;72:284-286



TERAPIE INTENSIVE PEDIATRICHE

Si muore assai meno

Obiettivi Gli aa si sono proposti di capire se l'istituzione di unità centralizzate di terapia intensiva pediatrica sia in grado di ridurre la mortalità e di migliorare il destino dei bambini rispetto alla situazione prevalente in Gran Bretagna (e in Italia) dove il ricovero dei bambini avviene in centri di terapia intensiva dell'adulto non centralizzati, ma sparsi nel territorio.

Metodi Gli aa hanno paragonato la mortalità dei bambini di 0-16 anni nelle unità di terapia intensiva della Contea di Trent (Gran Bretagna), dove le terapie intensive sono disperse, con quella di Victoria (Australia) dove esiste un unico centro pediatrico di terapia intensiva. La contea di Trent ha 4.200.000 abitanti con 833.000 bambini sotto i 16 anni, Victoria ha 4.500.000 di abitanti con 1.011.000 bambini.

Risultati I bambini ricoverati in un anno sono stati 1014 a Trent e 1194 a Victoria. Cause di ricovero più frequenti: insufficienza cardiaca, respiratoria, complicazioni postoperatorie, incidenti, problemi neurologici.

I tassi di ammissione sono risultati simili: 1.22 vs 1.18/1000 bambini residenti per anno. La durata media della degenza è risultata essere di 3.93 gg per Trent e di 2.14 gg per Victoria. La mortalità assoluta è stata del 7.3% a Trent e del 5.0% a Victoria. L'eccesso di mortalità di Trent vs Victoria è stato del 42.8%.

Aggiustando la mortalità per la severità al momento dell'ingresso dei bambini ricoverati l'Odds Ratio per il rischio di morte è risultato essere a Trent vs Victoria di 2.09 (CI al 95%: 1.37-3.19 p<0005)

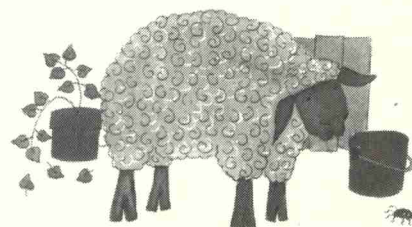
Conclusioni Se Trent è rappresentativo di tutta la Gran Bretagna si assiste ogni anno ad un eccesso di morti di 200-720 bambini dovute a motivi di organizzazione delle

terapie intensive inglesi e alla carenza di terapie intensive pediatriche. Se il vantaggio dipenda dalla esclusiva presenza di pediatri nei centri di Victoria o dalla centralizzazione della casistica è impossibile verificare.

Commento Facendo due conti e tenendo per buono l'indice di ospedalizzazione registrato sia a Trent che a Victoria sarebbero necessari in Italia unità elementari di circa 8 posti letto di terapia intensiva ogni 400.000 bambini residenti cioè ogni 3.000.000 di abitanti, visto che il rapporto "abitanti/bambini sotto i 16 anni" è, in Italia, diverso rispetto sia alla Gran Bretagna che a Victoria. L'occupazione media calcolata sarebbe per questo numero di posti letto dell'80% e la durata media di degenza di 4 gg. Occorrerebbero in Italia circa 20 terapie intensive pediatriche. Che sono state scritte in molti piani nazionali, ma mai realizzate. Il personale medico in Italia potrebbe non mancare se i centri di terapia intensiva nascessero in collegamento con le terapie intensive neonatali che utilizzano personale addestrato, sia medico che paramedico, e spesso addestrato al trasporto. Sarebbe per i neonatologi un'impresa assai più esaltante di molte finora combattute.

G. Pearson et al., Should pediatric intensive care be centralized? Lancet 1997;349:1213

Parole chiave Terapia intensiva pediatrica, mortalità



short

QUANDO LA RX DEL CRANIO E QUANDO LA TAC NEI TRAUMI CRANICI

Si tratta di uno studio, effettuato a Liverpool, su 9.269 bambini con trauma cranico di cui 6.011 radiografati al cranio.

La TAC è stata effettuata in tutti i bb con frattura e in quelli che avevano anomalie all'esame neurologico.

Le conclusioni sono quelle che seguono. Possono occorrere lesioni endocraniche severe anche in assenza di fratture del cranio. Pertanto la radiografia del cranio, che serve unicamente a far diagnosi di frattura, non è un predittore di lesione endocranica.

Essa ha solo una indicazione: accertare una frattura "depressa" o una lesione penetrante.

In presenza di anomalie dell'esame neurologico (particolarmente un alterato livello di coscienza) è pertanto indicata la TAC e non la radiografia del cranio.

Una lesione endocranica la si riscontra raramente in assenza di anomalie neurologiche, ma può sicuramente capitare in assenza di fratture del cranio.

Sembra di potere concludere così:

1. In assenza di depressione del cranio o di assenza di ferita penetrante e con esame neurologico normale non si devono eseguire esami per immagini;
2. in presenza di depressione del cranio o ferita penetrante e con coscienza normale, si deve fare la radiografia del cranio;
3. in presenza di anomalie dell'esame neurologico (specie alterazioni del livello di coscienza) si deve fare una TAC.

D. A. Lloyd et al., Predictive value of skull radiography for intracranial injury in children with blunt head injury. Lancet 1997;349:821

POSTURE ANTIREFLUSSO

Fianc sinistr

Obiettivi Cercare una posizione antireflusso paragonabile a quella prona vista la stretta relazione fra questa postura e la SIDS.

Metodi Ventiquattro lattanti sono stati monitorati con pHmetria per 48 ore consecutive. Nelle prime 24 ore i bambini erano posti orizzontalmente e venivano cambiati di posizione (prona, supina, sul fianco dx o sx) ogni 6 ore. In seconda giornata alle posizioni prescritte veniva aggiunto il sollevamento del capo di 30°. Durante le 48 ore di monitoraggio bisognava tenere un diario dettagliato per controllare se la posizione assegnata era stata mantenuta costantemente, se c'erano stati aggiustamenti, quando erano state somministrate le poppate ed eventuali momenti di pausa. I lattanti inclusi nello studio dovevano avere un indice di reflusso superiore al 5%. L'età massima ammessa era di 5 mesi per evitare che il bambino si muovesse troppo.

Risultati *Posizione:* l'analisi della covarianza ha dimostrato che gli effetti della posizione sull'indice di reflusso sono altamente significativi. Gli indici di reflusso nelle posizioni prona e sul fianco sinistro sono equivalenti e più bassi che nelle posizioni supina e sul fianco destro. Le posizioni prona e quella sul fianco sx hanno dato meno reflussi di durata superiore ai 5 minuti rispetto alle altre posizioni ($p < 0.05$). Gli episodi più lunghi sono stati meno frequenti in posizione prona e f. sx. La posizione ha influenzato significativamente la frequenza dei reflussi. Tuttavia, secondo calcoli statistici più accurati, solo la posizione prona era chiaramente associata a minore frequenza degli episodi di reflusso rispetto a quella supina e le posizioni sui fianchi intermedie rispetto alle precedenti. *Elevazione del capo:* analisi della covarianza e t test non hanno mostrato variazioni significative.

Conclusioni Lo studio su 24 bambini con

GER sintomatico mostra che il reflusso più acido si verifica nella posizione supina, con incremento sia della frequenza dei reflussi, sia della loro durata. La minore quantità di reflussi è stata registrata nella posizione prona, ma l'indice di reflusso e la durata dei reflussi nella posizione sul fianco sx erano indistinguibili rispetto alla prona. Gli studi precedenti mostravano i vantaggi della posizione prona. Questo studio aggiunge ai precedenti l'esperienza della posizione su f. sx, che risulta comparabile alla prona. Gli studi precedenti non avevano considerato le posizioni sui fianchi e l'elevazione del capo, avevano selezionato bambini di basso peso, e registravano solo i reflussi più gravi. Altri ancora avevano studiato i bambini nelle quattro posizioni assegnandone però una sola a ogni bambino. L'elevazione del capo è ininfluente tuttavia non avendo utilizzato un crossover per l'elevazione è possibile, sebbene improbabile, che altri fattori abbiano oscurato eventuali vantaggi. In conclusione: la posizione sul f. sx è un'alternativa accettabile alla prona nella gestione del GER.

Commento Avevamo cominciato a sconsigliare la posizione prona per tutti i neonati, ma non sapevamo bene come trattare i bambini che rigurgitano. Questo articolo ci consente di essere meno generici nel consigliare la postura più adeguata, che è quella sul fianco sinistro, inoltre presenta dati convincenti sull'inutilità di ricorrere al sollevamento del capo.

Tobin J. M., Posture and gastro-oesophageal reflux: a case for left lateral positioning. Arch. Dis. Child 1997;76:254

Parole chiave SIDS, GER, posizione

short

EVIDENCE BASED HEALTH CARE

L'assistenza basata sulle prove è stata definita da Sackett (*BMJ 1996;312:71*), come "l'uso coscienzioso, esplicito e intelligente delle scelte a favore delle quali esistono prove scientifiche nel prendere le

decisioni circa il trattamento di un singolo malato". Questo processo decisionale consiste di cinque passaggi:

1. Inquadramento del problema e delle risposte che gli si possono dare,
2. ricerca di quale metodo di cura, in base ai dati pubblicati o resi noti, ha maggior prova di *utilità*, e minore prova di danno,
3. valutazione della sua validità teorica e della sua *applicabilità al singolo malato*,
4. valutazione di come questa miglior scelta può essere *applicabile nella pratica*,
5. valutazione della *risposta* del malato nella pratica.

Sackett, B.M.J. 1996;312:71

ANCA

Quale screening?

Obiettivi Valutare un modello di organizzazione per lo screening della displasia dell'anca nella popolazione neonatale

Metodi Tutti i soggetti nati fra il dicembre 1989 e il 30 novembre 1990 in sei ospedali della Lombardia sono stati inclusi nello studio, a eccezione di quelli con malformazioni multiple o sindromi, di quelli sottoposti a terapia intensiva. Due medici di ogni ospedale hanno fatto un training preliminare di cinque giorni presso un centro specializzato per migliorare la loro performance nell'esecuzione della manovra di Ortolani-Barlow (n O-B). Tutti gli altri medici che praticavano il test clinico hanno partecipato a un seminario sulla displasia dell'anca con esercitazione pratica su manichino. Durante i primi quattro o cinque giorni di vita ogni neonato è stato sottoposto in ospedale alla m. di O-B due o tre volte. Questa veniva praticata quasi sempre da medici diversi, in cieco rispetto al risultato. Quando il risultato di una manovra era positivo questa veniva poi ripetuta dal medico esperto (colui che aveva partecipato al training di 5 giorni). Tutti sono stati sottoposti a ecografia nel primo mese. Questa veniva praticata da un esaminatore in cieco rispetto

al risultato della m. di O-B e a eventuali fattori di rischio presenti. I medici coinvolti nell'ecografia avevano una media di 27 mesi di esperienza con essa.

Risultati Quattromilaseicentoquarantotto neonati, 49.7% femmine e 50.3% maschi, sono stati reclutati nei sei ospedali partecipanti allo studio. La m. di O-B era fatta su ogni neonato da uno o più pediatri. Nel 2.9% dei neonati da un solo pediatra; nel 37.9% da due; nel 58.2% da tre; nell'1% da quattro pediatri. Un risultato positivo della manovra è stato riportato da uno o più pediatri in 233 soggetti (5.1%). Questo risultato positivo è stato riscontrato nel 19.1% di 671 neonati di un ospedale e nel 2.6% di 3.977 neonati degli altri cinque ospedali. Quell'ospedale veniva quindi escluso dalle successive analisi della m. di O-B. La maggior parte delle manovre positive non è stata confermata dagli altri pediatri che praticavano il test sullo stesso neonato. Di un totale di 277 manovre positive, l'81.9% sono state rilevate da un pediatra soltanto e solo in 17 casi (6.1%) la positività è stata confermata da tutti i pediatri. I risultati delle ecografie sono stati i seguenti: i soggetti con anche di tipo I, secondo Graf, erano il 50.1%; con anche di tipo IIa il 44.8%; di tipo IIc o IIId il 4.5%; di tipo III o IV lo 0.6%. La distribuzione dei risultati ecografici variava considerevolmente nei differenti ospedali. La frequenza del quadro normale (tipo I) variava dal 37.3 al 72.1%; quella del tipo IIa dal 23.6 al 57.6%; quella del tipo IIc-IIId dallo 0.8 al 7% e quella del tipo III-IV dallo 0 all'1.1%. L'accuratezza della m. di O-B è stata calcolata considerando il risultato ecografico come gold standard. La sensibilità del test nell'identificare i soggetti con anca di tipo IIc-IIId o peggiore era del 7%, la specificità del 99% e il valore predittivo positivo del 35%. È stata analizzata la relazione tra la m. di O-B e l'ecografia. La prima è stata considerata un semplice fattore di rischio ed è stato calcolato il rischio relativo (RR). I soggetti con positività della m. di O-B avevano un RR di 7.2 (CI 4.9-9.6) per anca di tipo IIc-IIId e di 27.1 (CI 18.5-38.7) per anca di tipo III-IV, se confrontati con soggetti con manovra negativa. Perfino quando tutti i pediatri erano concordi

sulla positività o negatività dell'esame clinico, si sono presentate discrepanze fra i risultati clinici e quelli ecografici. Lo screening ecografico ha evidenziato 2.206 soggetti (44.8% della popolazione) con anca di tipo II a (bilaterale o unilaterale). Uno studio di follow-up era possibile nell'87.4% di questi soggetti. L'età media dei soggetti al primo esame di follow-up era 69 giorni. Considerando il numero delle anche (invece dei soggetti), l'83.1% delle anche di tipo IIa allo screening erano normali al follow-up e il 16% erano confermate come tipo IIa, mentre nello 0.9% il risultato ecografico peggiorò. Sono stati studiati alcuni fattori di rischio precedentemente segnalati ed è stata trovata una associazione tra anca di tipo III o IV e il sesso femminile (RR 2.8), la storia familiare di displasia dell'anca (RR 3.4), la presentazione podalica (RR 2.8). Una associazione meno forte è stata pure rilevata con anca di tipo IIc o IIId.

Conclusioni La riproducibilità della m. di O-B è il problema principale che emerge dallo studio. Ampie variazioni nella frequenza del rilevamento della positività sono state pure osservate fra i differenti ospedali. Data l'omogeneità della popolazione reclutata, le variazioni sono probabilmente attribuibili a non corretta esecuzione dell'esame clinico. I contraddittori risultati ottenuti dai pediatri che hanno fatto l'indagine mostrano chiaramente che la m. di O-B, così come praticata nei sei ospedali, non può essere considerata un test di screening affidabile. Secondo l'opinione degli autori la bassa riproducibilità dell'indagine clinica non è dovuta alla scarsa attendibilità della manovra in sé, ma all'insufficiente clinical training degli esaminatori. Altri studi hanno mostrato che è necessario personale molto esperto per ottenere un buon risultato dallo screening clinico, e questo è possibile quando solo due o tre medici dello staff praticano il test. Buoni risultati possono essere pure ottenuti da esaminatori non medici accuratamente addestrati a eseguire il test clinico.

Considerevoli variazioni sono state pure riscontrate nei dati provenienti dai diversi ospedali relativi all'esame ecografico. L'analisi della relazione fra i risultati della m. di O-B e dell'esame ecografico è difficile per la mancanza di un valido gold standard. Se l'ecografia è assunta come gold standard, porta con sé il rischio di un eccessivo numero di diagnosi. Pur con questi limiti metodologici i risultati dello studio dimostrano che, se l'ecografia è assunta come gold standard e se è considerata patologica quando ha un quadro peggiore del tipo IIa, la sensibilità e il valore predittivo positivo della m. di O-B sono molto bassi.

La positività della m. di O-B è associata significativamente a un risultato ecografico peggiore del tipo II a; il RR è statisticamente significativo.

La rilevazione ecografica di un'anca di tipo IIa eleva considerevolmente i costi dello screening poiché metà della popolazione deve essere sottoposta a ulteriore esame ecografico che, come mostrato dai nostri dati di follow-up, molto spesso mostra una normalizzazione del quadro. Uno screening fatto a 60 giorni di vita ridurrebbe il numero di soggetti con anca di tipo IIa del 78% e del 64%, rispettivamente, in caso di coinvolgimento unilaterale o bilaterale.

Un miglioramento dell'efficienza dello screening potrebbe essere raggiunto praticandolo nei soggetti con fattori di rischio (storia familiare, presentazione podalica, positività della m. di O-B) nel periodo neonatale. Tutti gli altri soggetti eseguirebbero lo screening a 60 giorni di vita. Circa il 50% dei soggetti con dislocazione (anca tipo III o tipo IV) e il 34% di quelli con anca di tipo IIc-IIId verrebbero rilevati sottoponendo a screening il 15% della popolazione neonatale e la terapia potrebbe essere anticipata. Ovviamente una strategia che posticipa lo screening a una età successiva a quella neonatale potrebbe aumentare il numero dei soggetti persi.

Per abbassare i costi alcuni autori hanno proposto di sottoporre allo screening ecografico solo i soggetti con fattori di rischio o esame clinico positivo. Per valutare questa ipotesi gli autori in questo lavoro hanno applicato queste restrizioni alla popolazione esaminata. Sostengono che se

avessero praticato lo screening a tutte le femmine e ai maschi con un fattore di rischio (storia familiare, presentazione podalica o trasversa, esame clinico positivo), ci sarebbe stata una popolazione di 2.730 soggetti (invece di 4.648) e una perdita del 7% nella diagnosi di soggetti con ecografia dell'anca di tipo III o IV e del 15% per anca di tipo IIc o IIId.

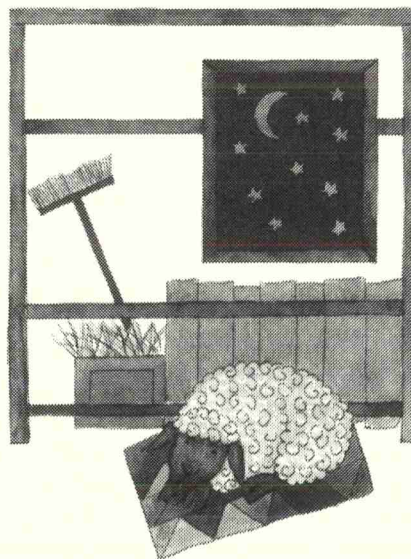
In conclusione i risultati dimostrano che alcuni aspetti dello screening della displasia dell'anca necessitano di ulteriore studio dettagliato; la ridotta riproducibilità dei test diagnostici (sia del test clinico che dell'ecografico) è il problema principale. Un corretto modello di screening per gli ospedali italiani non può essere quindi per ora definito.

Commento Gli autori sottolineano che "non sono disponibili studi di popolazione che soddisfino i requisiti minimi per una corretta esecuzione e interpretazione dei test diagnostici (clinico e ecografico) e permettano una valutazione dei risultati dello screening clinico svolto in diversi ospedali. Il nostro studio rappresenta un concreto esempio di screening messo in atto in ospedali all'interno della realtà del sistema sanitario italiano".

Il problema della scarsa riproducibilità della m. di O-B e dell'esame ecografico è ampiamente avvertito.

Quali ricadute pratiche?

Organizzare adeguati training per migliorare la qualità dei test diagnostici?



Come comportarsi nelle realtà dove lo screening non viene eseguito? Inviare circa il 60% dei neonati o lattanti (quelli con almeno un fattore di rischio) nei centri, in gran parte privati (quelli pubblici non riuscirebbero probabilmente a soddisfare tutte le richieste), per eseguire un esame ecografico delle anche?

Dante Baronciani et al., Screening for Developmental Dysplasia of the Hip: From Theory to Practice. Pediatrics 1997;99:5

Parole chiave Manovra di Ortolani-Barlow, ecografia dell'anca, displasia dell'anca

short

BASTA UN POCO DI ZUCCHERO

Se aiuta i neonati a sentire meno dolore durante i prelievi perché non provare con i dolori per antonomasia del piccolo lattante? Trond Markestad di Bergen, Norvegia, ha pensato bene di utilizzare a pieno questo semplice presidio analgesico e trovati 19 bambini allattati al seno con coliche, rispondenti ai criteri sacramentali, che per di più non avevano avuto miglioramento dalla eliminazione del latte vaccino dalla dieta materna, gli ha somministrato quando piangevano, e dopo aver tentato in ogni altro modo di consolarli, 2 ml di saccarosio al 12% o, randomizzandoli in doppio cieco e cross over, acqua distillata.

Il risultato è stato che 12 bambini sono migliorati con il saccarosio e 1 con il placebo, gli altri 5 ebbero un miglioramento non specifico perché non peggiorarono con il placebo.

Si conferma quindi l'efficacia, comodità ed economicità dello zucchero, già presente nella tradizione ebraica sotto forma di frutta secca dolce e vino dolce per alleviare il dolore durante la circoncisione. Chissà se potessimo dimostrare che agli anestesisti basta un poco di zibibbo...

(Arch. Dis. Child 1997;76:356-358).

Come condurre la visita a nove mesi

Giancarlo Cerasoli

Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 37-39

Questo bilancio viene eseguito quando il bambino inizia a esplorare l'ambiente e aumenta la propria indipendenza, esprimendo dissenso verso le cose che non gradisce. Inizia un periodo di insicurezza nel quale egli teme di essere lasciato solo dai genitori. Per questo motivo sono frequenti le crisi di collera, pianto persistente, difficoltà nel sonno e nell'addormentamento. Alcuni genitori percepiscono l'indipendenza e l'opposizione del bambino in senso negativo. È necessario che siano aiutati a interpretare correttamente il comportamento del bambino e a porre dei limiti ragionevoli, negandogli le cose che lo mettono in pericolo.

Anamnesi

Domande che debbono essere rivolte ai genitori selezionando quelle più pertinenti

- Come sta il bambino; c'è qualcosa che vi preoccupa?
- Dopo l'ultima visita ci sono state delle difficoltà (eventi inaspettati, stressanti, critici, cambiamenti o malattie) nella vostra famiglia?
- Quando siete insieme al bambino cosa fate?
- Com'è una giornata tipo del bambino?
- Cosa mangia ora e quando?
- Avete notato se mette in bocca cose diverse dal cibo come terra, intonaco delle pareti, "sporczia"?
- Pensate che il bambino senta bene?
- Rimane sveglio spesso la notte?
- Ora che si muove di più e che è più indipendente che provvedimenti avete preso per rendere casa vostra più sicura?

Osservazioni del bambino e dei rapporti coi genitori

Tieni presente che a questa età un bambino è normalmente in grado di:

- rispondere se chiamato con il proprio nome,
- capire alcune parole come "non fare questo", "sorrìdi", "prendi questo",
- vocalizzare e dire brevi parole come "mama, papa, dada",

- gattonare, arrampicarsi, muoversi stando seduto,
- sedere senza appoggio,
- tirarsi in piedi,
- indicare con l'indice gli oggetti o le persone,
- prendere in mano gli oggetti, tirarli lontano, sbatterli tra loro,
- fare giochi interattivi, a esempio imitare la mimica delle altre persone,
- mettersi il cibo in bocca con le dita,
- iniziare a bere con la tazza,
- mostrare paura verso gli estranei.

Analizza il comportamento del bambino sia tramite l'osservazione diretta, sia mediante le informazioni fornite dai genitori. Esamina l'interazione tra genitori e bambino basandoti sulle domande poste e sull'osservazione del loro comportamento.

In particolare fai attenzione a:

- stimolazione del bambino: i genitori gli parlano, gli sorridono, comprendono ciò che vuole e lo assecondano?
- accettazione dell'autonomia: i genitori assecondano l'autonomia del bambino permettendogli di fare le cose che non lo mettono in pericolo?

Esame obiettivo

Valuta i dati auxologici sui grafici percentili (altezza, peso, circonferenza cranica) e mostra la crescita ai genitori. Parla positivamente del buon accrescimento staturico-ponderale e dello sviluppo psico-motorio.

Controlla attentamente:

- la presenza di strabismo o congiuntivite,
- il reperto cardiaco (soffi cardiaci anomali) e i polsi femorali,
- i testicoli nello scroto, gli organi addominali,
- l'eruzione dei denti,
- la manovra di Ortolani e gli altri segni di lussazione dell'anca,
- la presenza di alterazioni neurologiche, specialmente quelle dovute a scarsa stimolazione.

Informazione sanitaria e guide anticipatorie

Rispondi alle domande dei genitori riguardanti le preoccupazioni più frequenti in questo periodo che sono:

- difficoltà nell'alimentazione,
- frequenti proteste e crisi di pianto,
- difficoltà del sonno.

Consigli sull'alimentazione.

Se possibile consiglia di proseguire l'allattamento al seno. Se è necessario integrare il latte materno sconsiglia, possibilmente, l'uso di latte vaccino fresco prima di 10-12 mesi di vita.

Consiglia invece l'uso di latte di seguito fortificato con ferro fino ai 12 mesi.

Suggerisci di evitare la somministrazione di un pasto notturno di latte (spiega il ruolo cariogeno degli zuccheri già a questa età). Consiglia di variare l'alimentazione introducendo nuovi cibi adeguati all'età. Fornisci ai genitori un promemoria scritto dove sono indicati questi alimenti ed i tempi di somministrazione consigliati.

Fornisci le seguenti norme generali suggerendo di:

- utilizzare cibi semisolidi che il bambino possa prendere con le dita e mangiare,
- evitare alimenti che possano essere inalati o causare tosse quali noccioline, pop corn, acini d'uva, fagioli, carote, sedano o altri alimenti tagliati a pezzettini,
- osservare sempre con attenzione il bambino mentre mangia e saper mettere in atto le manovre corrette in caso di inalazione di corpo estraneo,
- offrire al bambino l'acqua dentro un bicchiere od una tazza infrangibile e con beccuccio.

Per la supplementazione con ferro e vitamine vedi quaderni acp 1997:2:41

Consigli sull'assistenza all'infanzia ed alla famiglia

(vedi quaderni acp 1996;4:36)

Consigli sulle vaccinazioni

Comunica la data approssimativa della prossima vaccinazione.

Consigli sulla prevenzione degli incidenti

(vedi quaderni acp 1997;2:41)

Consigli sul comportamento da tenere in caso di malattie

- Ricorda ai genitori come possono riconoscere precocemente e trattare i seguenti problemi:

- febbre,
- convulsioni,
- difficoltà di alimentazione,
- vomito e/o diarrea,
- disidratazione,
- irritabilità inusuale o letargia,
- tosse.

Consigli sul sonno

(vedi quaderni acp 1997:2:41)

Guida anticipatoria su sviluppo e dentizione

- Incoraggia i genitori a far giocare il bambino con giochi adeguati alla sua età, a fargli esplorare l'ambiente circostante riducendo i pericoli, a farlo parlare rispondendo alle sue vocalizzazioni.

- Spiega ai genitori che il bambino potrebbe avere paura degli estranei.

- Consiglia come rispondere alle proteste del bambino, ponendo limiti ragionevoli.

- Spiega la variabilità dell'eruzione dentaria e i problemi ad essa associati.

- Per evitare le carie sconsiglia di mettere a letto il bambino dandogli un biberon con bevande zuccherate. Consiglia la pulizia dei denti con uno spazzolino a setole soffici. Consiglia la profilassi con 0,25 mg di fluoro al giorno.

Consigli sulla vita familiare

- Consiglia ad entrambi i genitori di dividersi il compito di accudire il bambino, e di trovare del tempo per stare insieme tra loro e con gli altri figli. Consiglia di coinvolgere i figli più grandi nelle cure del bambino. Chiedi che anche il padre accompagni il bambino durante le visite pediatriche.

- Se ci sono problemi finanziari o di adattamento psico-sociale metti i genitori in contatto con il servizio territoriale che si deve far carico di aiutarli ad affrontare questi problemi.

- Incoraggia i genitori a parlare con il bambino, anche quando lo stanno vestendo, alimentando, ecc.

- Invitali a giocare con lui, utilizzando specialmente giochi da fare insieme

- Spiega ai genitori che debbono permettere al bambino di esplorare l'ambiente in cui vive, rendendolo però sicuro e privo di rischi.

- È necessario che già a questa età i genitori pongano dei limiti precisi alle richieste del bambino e ai comportamenti negativi. Le regole da seguire nell'educazione del bambino debbono essere condivise da chiunque abbia un ruolo nell'assistenza al bambino.

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 una visita di controllo prima dell'undicesimo 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.

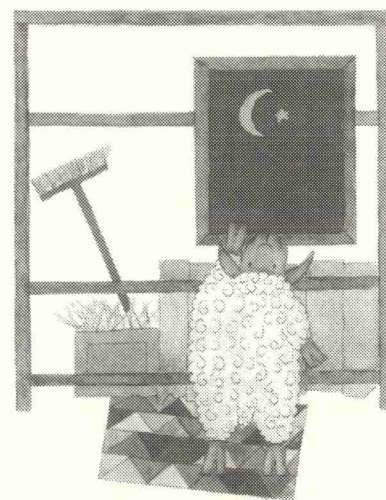
- Conferma la tua disponibilità alla famiglia e indica l'équipe medica e paramedica territoriale che si deve prendere cura del bambino, specificandone i ruoli.

- 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



DIAGNOSIS RELATED GRANA

- Ciao primario, ci sarebbero da mettere le diagnosi di uscita.

- Ah, la chiusura di cassa! Be', accomodati. Facciamo alla svelta.

- Qui c'è quello con quel corno in fronte, caduto dal letto, che è entrato l'altra notte. Fa un casino tutto il giorno che se non se lo fa da solo gliene fa un altro la caposala, di corno, e dall'altro lato così è più carino.

Prima ce lo sciacquiamo e meglio è.

- Sai bene che prima di 48 ore non guariscono. Uscirà domani.

Intanto prepara la dimissione.

Ci metti: trauma cranico commotivo in...

- Come commotivo? Stava meglio di me quando è arrivato. Non ha fatto neanche l'EEG né l'Rx.

- Lo credo bene, sarebbe stato inutile e dispendioso.

Qui si fa solo l'i-bi-em, evidence based medicine. Dimmelo tu! Qual'è l'unico esame dirimente in caso di sospetta lesione endocranica in un bambino con commozione cerebrale?

- Be', la TAC.

- Appunto. E allora perché non gliel'hai fatta fare? Richiedila urgente così la pro-

cedura è corretta, la madre è contenta e noi abbiamo la coscienza a posto. Con 500.000 lire di TAC e un ritocchino alla cartella cambiamo il DRG e incassiamo bei milioncini in più. Il manager gongola e noi ci becchiamo il premio di produzione.

- Va bene, vado.

Qui fuori c'è la madre di quello con l'influenza e la febbre alta. Ti vuole parlare.

- Bene, bene. Falla entrare che oggi mi sento in forma...

Prego signora, si accomodi. Prego si sieda.

Immagino voglia sapere come va.

- Vede dottore, lei capirà, ci si preoccupa anche per un nonnulla quando si tratta dei figli. E quando abbiamo visto quella febbre così alta anche se aveva solo l'influenza ci siamo spaventati.

- E così lei avrebbe portato suo figlio in ospedale per una semplice influenza?

- Beh..., sì, ma...

- E ha fatto bene, ha fatto be-ni-ssi-mo! Si comincia con l'influenza e non si sa dove si va a finire. E poi chi le ha detto che ha l'influenza?

- Me lo detto il pediatra di famiglia, ieri, quando lo ha visitato.

-Aaaah! Ieri! Mi pareva, perchè oggi, sa, il quadro è un po' diverso.

- Ma mi hanno detto che le analisi sono normali. I globuli sono bassi e...

- Che globuli e che normale! Mi scusi sa ma i globuli, come li chiama lei, sono

bassi, è vero, ma possono essere il segno di poche difese. L'organismo che non reagisce, mi segue?

- Oh! Questo non lo sapevo.

- Ma certo, poverina, non è mica il suo compito. Lei deve fare solo una cosa, se lo ricordi bene.

Controllare il bambino e quando abbia anche il minimo dubbio che stia veramente male portarlo subito da noi, senza perder tempo.

- Se mi sono sbagliata a giudicare mi scusi, la prossima volta lo controllerò meglio a casa.

- Ma che dice! Ha indovinato benissimo. A un osservatore distratto il caso poteva anche sembrare semplice, ma l'occhio di una mamma non sbaglia mai.

- Ma allora è grave?

- Ma no! Grave no, ma avrebbe potuto. Siamo arrivati in tempo.

Ha una gran bella broncopolmonite, ma noi sapremo curarla a dovere.

- Ma la lastra...

Il radiologo ha detto che non c'era nulla.

- Signora mia, in medicina non c'è niente di certo. Il radiologo fa il suo mestiere, noi clinici il nostro.

La broncopolmonite c'è, non si vede, ma si sente. A noi capita molto spesso. E le cose che non si vedono...

- Sono quelle più pericolose, lo so.

- Brava, vedo che sa ragionare. Non capita spesso, sa, di incontrare mamme intelligenti come lei. In frangenti difficili come questi, lei capisce, bisogna far lavorare il cervello, avere inventiva, fantasia e la soluzione inventarsela.

- Allora posso stare tranquilla?

- Ma certo, noi di questi casi ne vediamo tutti i giorni. Ed è proprio questa grande esperienza che ci permette di fare la giusta diagnosi anche quando tutti giurerebbero che non c'è nulla.

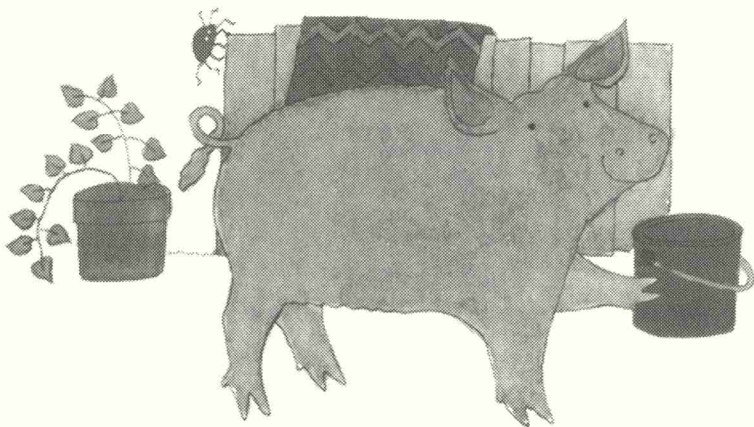
- E quando potrà uscire?

- Non si preoccupi signora, il minimo indispensabile. I bambini stanno bene a casa. Meglio qualche visita di controllo in più, magari un day-hospital, che ricoveri lunghi. Contenta?

- Se tutti facessero come lei dottore! Sarà un piacere tornare a trovarla.

- Bene, ora devo proprio salutarla. Sa, ho così tante diagnosi da fare.

L. P.



Linee guida per il follow up delle infezioni urinarie

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 40-41

a cura del dipartimento Materno-infantile A. USL Cesena

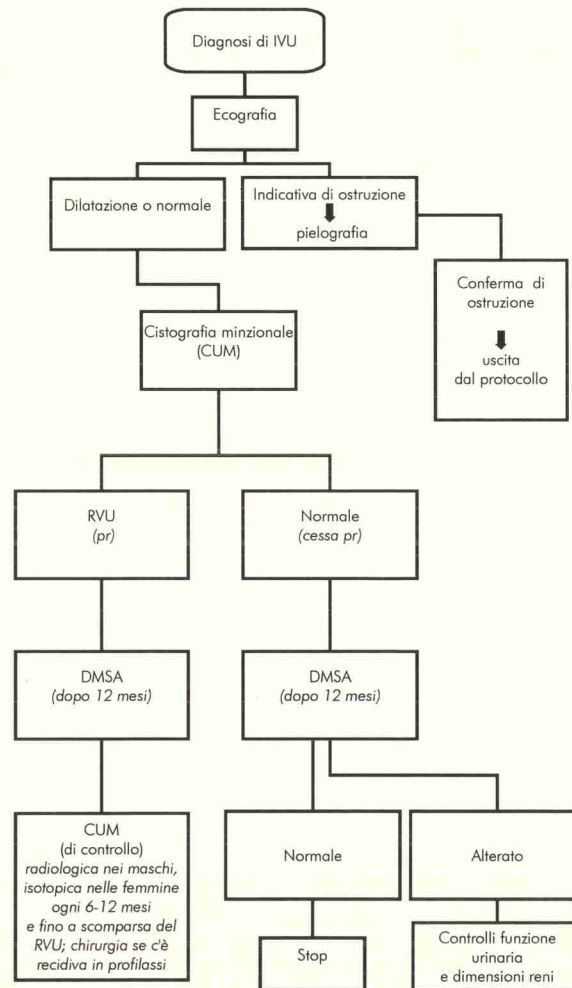
Un recente editoriale di *Lancet* (1996;348:71) sottolinea la necessità di adottare follow up precisi e di evitare l'eccessiva variabilità di comportamento per il controllo della situazione anatomica delle vie urinarie dopo la prima infezione. I due protocolli che si suggeriscono partono da una diagnosi già effettuata e da un primo ciclo di terapia dell'infezione già progettato. I due protocolli riferiscono linee guida relative alla "politica" da seguire nella diagnostica per immagini per accertare l'esistenza di condizioni che necessitano di un adeguato follow up: il reflusso vescicouretera-

le (RVU) e la presenza di una cicatrice renale, espressione di perdita di tessuto funzionante e causa all'incirca del 5-25% delle insufficienze renali nei bambini.

Protocollo 1 (primi due anni di età)

Il percorso inizia con l'ecografia e la cistografia minzionale fatta abbastanza presto dopo la diagnosi. La cistografia esclude, o accerta, qualsiasi RVU che possa produrre danno renale. L'ecografia serve per evidenziare se vi sono ostacoli al deflusso dell'urina o malformazioni complesse. In tal caso il bambino

Fig. 1
Protocollo per i primi due anni di età



esce dal presente protocollo per accertare con una pielografia l'entità di questi problemi. La scintigrafia con DMSA serve soprattutto a definire il danno renale parenchimale definitivo e perciò viene fatta dopo 12 mesi quando le positività da flogosi acuta sono scomparse. Circa il 50% delle scintigrafie positive fatte subito dopo la diagnosi, si negativizza un anno dopo. Nei bambini che dopo 12 mesi hanno ancora un DMSA significativamente alterato - che significa perdita di tessuto renale - è opportuno un controllo, ogni anno, di esame di urine, di creatininemia e P.A. e della crescita del rene mediante ecografia.

Un controllo pielografico o con scintigrafia con DTPA, in questi casi, può essere preso in considerazione.

La profilassi (nel protocollo indicata con pr) con farmaci a dose ridotta comincia dopo la fine del trattamento acuto. Si interrompe o dopo che si è dimostrata l'assenza del reflusso o dopo la scomparsa del RVU. La ricerca per conferma o scomparsa del RVU può essere fatta ogni anno. Almeno una volta, nei maschi, effettuare una CUM radiologica (e non isotopica) per controllare eventuali ostacoli vescico-uretrali. Se in corso di profilassi, in un bambino con RVU, si ha una o più recidive è opportuno prendere in esame l'intervento chirurgico. Dopo la guarigione dell'episodio acuto si effettueranno controlli delle urine (mensili per tre mesi, bimestrali per altri sei mesi). L'urocultura non è necessaria perché l'esame delle urine per la diagnosi di infezione ha

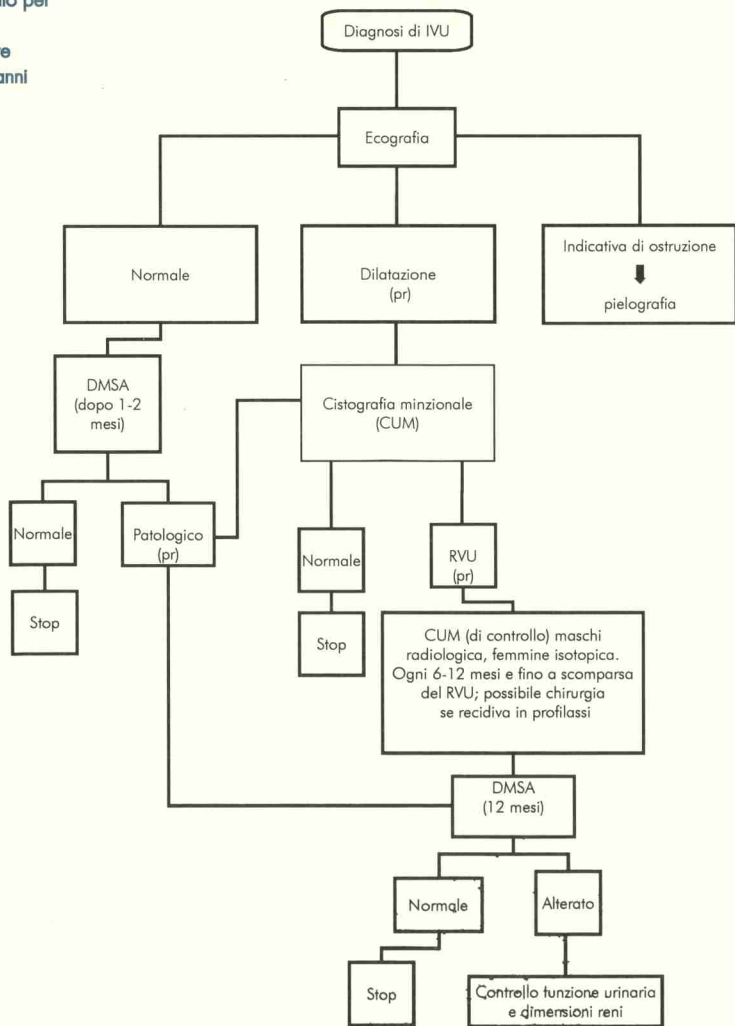
una sensibilità molto alta (fino al 92%). Consigliabile anche un esame delle urine in corso di febbre alta. L'esame di urine può farsi sia in laboratorio che col Combur-leucociti (nitriti ed esterasi: fra i due è più attendibile l'esterasi). *Questo protocollo è molto sensibile e discretamente invasivo. Può essere consigliato nelle IVU alte dei primi due anni nelle quali il rischio di RVU e di cicatrice renale è alto.*

Protocollo 2 (età superiore ai due anni)
Il percorso inizia con l'ecografia che viene effettuata subito dopo la diagnosi. L'eco ha una sensibilità non ottima per l'identificazione di piccole dilatazioni da RVU. È perciò possibile che i piccoli RVU (1° grado) non vengano individuati; la dannosità di questi RVU è peraltro posta in discussione in quanto il reflusso di urina non raggiungerebbe il parenchima. Nei bambini con dilatazione all'ecografia viene eseguita una cistografia minzionale per identificare il RVU. Nei bambini senza dilatazione all'ecografia viene eseguita una scintigrafia con DMSA dopo due mesi, anche se in questo tempo possono essere individuate alterazioni di captazione che successivamente scompariranno senza dare luogo a cicatrici renali (*vedi protocollo n° 1*). Questa "precauzione" trae motivo dal fatto che un DMSA alterato può essere spia di un RVU ignorato dall'ecografia. In tal caso il DMSA alterato spinge ad effettuare una cistografia minzionale. Il secondo DMSA viene effettuato a 12 mesi per eliminare i falsi positivi del 1° esame e stabilire definitivamente se è necessario un follow up per la funzione renale.

Il percorso del controllo del RVU e del controllo della guarigione della infezione ripetono quello del protocollo 1. *Questo protocollo è meno sensibile del precedente in quanto non prevede la cistografia minzionale per tutti.*

Può essere consigliato nelle IVU alte dopo i due anni dove il rischio di RVU e di cicatrici è minore.

Fig. 2
Protocollo per età superiore ai due anni





L'infezione intestinale con diarrea e/o vomito

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 42-43

Materiale in uso presso la Divisione di Pediatria "Ospedale Bufalini", Cesena

Queste istruzioni per i genitori possono essere utilizzate sia in ricovero tradizionale o di DH che in assistenza ambulatoriale dal medico di base.

L'infezione intestinale (enterite) o dello stomaco e dell'intestino (gastroenterite) è frequente nei bambini, specialmente per i bambini piccoli. La causa di questa infezione è un microbo o un virus che penetra nell'intestino. Anche se il microbo è una salmonella, questo non deve allarmare poiché i tipi di salmonelle veramente pericolosi per il bambino sono molto rari. Il microrganismo che causa la malattia può essere stato trasmesso al bambino attraverso cibi od oggetti che si portano alla bocca contaminati dalle feci di un soggetto malato o portatore sano del microrganismo. Nel caso delle salmonelle gli alimenti più frequentemente contaminati sono le uova e i prodotti da loro derivati. Le infezioni virali inoltre si possono diffondere anche attraverso le goccioline di saliva, tramite la tosse o gli starnuti. Nel tubo digerente i batteri e i virus causano l'infiammazione e la distruzione di parte del rivestimento della parete intestinale. L'infiammazione porta alla produzione di muco, che è simile a catarro gelatinoso, e, nei casi più importanti, di pus e di sangue che vengono quindi persi con le feci. La distruzione delle cellule della parete intestinale porta alla perdita degli enzimi che sono capaci di digerire gli alimenti, perciò la loro mancanza impedisce l'assorbimento del cibo. Sono soprattutto il latte di mucca e i latticini a non essere più assorbiti e quindi rimangono dentro l'intestino causando un peggioramento della diarrea. Se anche lo stomaco è interessato si può presentare il vomito che è il segno della infezione e della mancata digestione del cibo. Attraverso la diarrea e il vomito il bambino perde molti liquidi che contengono sali minerali necessari al funzionamento dell'organismo. Più è piccolo il bambino più può essere rapida e pericolosa la sua perdita di liquidi (disidratazione). Anche la febbre aumenta la perdita di liquidi attraverso la sudorazione aumentando la disidratazione. Per una

gastroenterite acuta, non grave, la durata media è di circa 3/5 giorni.

La cura

Di solito non si usano farmaci. La cura più importante consiste nel far bere al bambino una soluzione che contiene i sali minerali. In questo modo potrà riprendere le sostanze perse con il vomito e la diarrea evitando una disidratazione più grave. È necessario che voi facciate tutto il possibile per far bere al bambino questa soluzione. Inoltre:

- cercate di non dargli altre bevande,
 - non tenete a portata di mano del bambino altre bevande (acqua, succhi di frutta, coca cola, ecc.) perché vostro figlio certamente le preferirà alla soluzione,
 - fategli bere la soluzione a piccoli sorsi, con un cucchiaino, un cucchiaio o con la cannucchia; non datela troppo velocemente perché ciò potrebbe provocare il vomito. Cercate di non farlo bere 30 minuti prima dei pasti e durante i pasti. La soluzione è di sapore più gradevole se conservata in frigorifero.
 - La quantità di soluzione che il bambino dovrebbe bere dipende dalla sua perdita di peso. Di solito dovrebbe essere 100 ml ogni chilogrammo di peso nelle 24 ore: ad esempio per un bambino di 10 kg sarebbe di 1 litro al giorno. Segnate con cura sulla apposita scheda la quantità di ogni bevanda (soluzione reidratante, acqua, camomilla, té, ecc.) che il bambino ha preso: questa indicazione servirà al pediatra per decidere la terapia migliore per il bambino,
 - se proprio il bambino non vuole la soluzione potete mescolarla a piccole quantità di altri liquidi come l'acqua, la camomilla e il tè che non devono essere zuccherati e neppure vi devono essere aggiunti biscotti o altro.
- Un'altro aspetto della cura della diarrea è la dieta. Vanno evitati i cibi di difficile digestione ad esempio il latte e i latticini fino a quan-

do le feci non tornano quasi normali. Spesso è il bambino che si rifiuta di mangiare cercando così di difendere il suo intestino dal cibo la cui digestione è difficoltosa. I genitori a volte insistono perché mangi e ciò provoca una maggiore irritabilità del bambino. È molto meglio non forzare il bambino a mangiare ed evitare di dargli cibi non prescritti dal medico. La dieta migliore per il bambino che ha feci liquide è costituita dal riso, carne "bianca", tè.

È compito del medico decidere come modificarla di giorno in giorno. Un discorso a parte meritano gli antibiotici. Nella stragrande maggioranza dei casi non è necessario alcun antibiotico poiché la causa della diarrea o è un virus o un microbo non pericoloso.

Nel caso delle enteriti da salmonelle comuni la terapia antibiotica oltre a non essere utile è anche dannosa perché aumenta il periodo durante il quale le salmonelle rimangono nell'intestino.

Istruzioni per i genitori

Conservate le feci del bambino affinché possano essere viste dal medico che potrà quindi capire meglio l'evolversi della malattia.

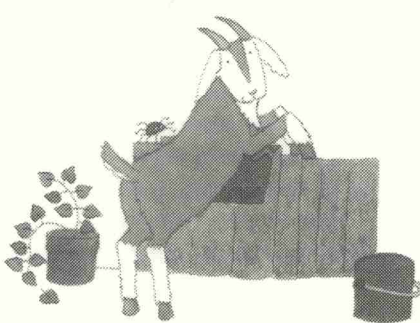
Segnate nella *tabella 1* la quantità di liquidi che il bambino ha bevuto nelle varie ore della giornata e nella *tabella 2* il numero delle scariche del bambino. In tal modo sarà possibile sapere con precisione la quantità di liquidi assunti dal bambino e il numero delle scariche. ■

Tabella 1. Scheda per la segnalazione dei liquidi assunti dal bambino durante la giornata

Ora	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno
Totale soluzione						
Altri liquidi						

Tabella 2. Scheda per la segnalazione del numero di evacuazioni del bambino; fate una crocetta ad ogni evacuazione precisando se è "liquida", "semiliquida" o "solida"

Ora	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno
N° totale evacuazioni						



Convulsioni febbrili: che fare?

Paolo Siani

Ospedale "Cardarelli", Napoli

L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha recentemente pubblicato le raccomandazioni per la valutazione neurodiagnostica del bambino con una prima convulsione febbrile semplice (CFS) (*Pediatrics* 1996;5:769).

Riteniamo utile riportare nel dettaglio le linee guida suggerite dall'AAP perché esistono ampie variazioni tra i pediatri sull'interpretazione, la valutazione e l'iter diagnostico del bambino con convulsione febbrile (CF).

Le raccomandazioni sono scaturite da una revisione di 203 articoli della letteratura sull'argomento oltre che dal parere di esperti.

Le **convulsioni febbrili** si verificano nel 2-5% di tutti i bambini e rappresentano pertanto il più comune evento convulsivo nei bambini di età inferiore a cinque anni. Una convulsione febbrile è definita come una convulsione accompagnata da febbre senza infezione del SNC che si manifesta in una fascia di età che va dai 6 mesi ai 5 anni. Per convulsione febbrile **semplice** si intende una convulsione generalizzata, di durata inferiore a 15 minuti e che non si ripresenta entro 24 ore. Le convulsioni febbrili **complesse** (CFC), invece, sono focali e/o prolungate (oltre 15 minuti) e/o subentranti. Ed ecco le raccomandazioni su quello che si deve e che non si deve fare:

1. Puntura lombare

Nei bambini di **età inferiore a 12 mesi** dopo la prima CFS va presa in considerazione la possibilità di eseguire una puntura lombare, in quanto a questa età i segni clinici della meningite possono essere minimi o assenti.

In un bambino di età compresa tra **12 e 18 mesi** la puntura lombare potrebbe essere presa in considerazione in quanto i segni clinici e i sintomi della meningite, a questa età, possono essere ambigui.

Nei bambini di **età superiore a 18 mesi** è raccomandata solo in presenza di segni meningei o nei bambini che hanno ricevuto un precedente trattamento antibiotico che potrebbe quindi mascherare i sintomi.

Vale la pena di ricordare che nel 13-16% dei bambini con meningite la crisi convulsiva è il

primo segno della malattia e in circa il 30-35% di questi bambini (specie se di età inferiore a 18 mesi) i segni meningei possono mancare del tutto. Su questo intervento (rachicentesi), però, una discreta parte di pediatri americani non è d'accordo, come dimostrano le numerose lettere all'editore quando questo argomento viene affrontato e tale procedura proposta. *Si potrebbe suggerire, pertanto, che la rachicentesi può essere presa in considerazione (e non automaticamente eseguita) in presenza di segni di compromissione della coscienza o di compromissione della circolazione periferica (bambino addormentato, "grigio", con un tempo di ricircolo superiore a 2 secondi).*

2. EEG

Dopo una prima CFS è *inutile* praticare un esame elettroencefalografico. Nessuno studio ha dimostrato che un EEG eseguito al momento della prima convulsione o dopo 1 mese è in grado di predire il realizzarsi di una futura convulsione afebrile.

3. Esami ematochimici

È *inutile* eseguire esami come: elettroliti sierici, calcio, fosforo, magnesio, glicemia.

Gli esami di laboratorio vanno praticati soltanto per identificare la fonte della febbre.

4. Esami neuroradiologici

Inutili sono: la radiografia del cranio, la TAC e la RMN. Pertanto a un bambino con CFS di età superiore a 18 mesi, senza segni meningei, non è necessario praticare alcun esame specifico se non quelli per chiarire la causa della febbre. Nel bambino di età inferiore a 18 mesi l'unica cosa da prendere in considerazione è la puntura lombare (ma soltanto se ci sono segni di compromissione della coscienza o della circolazione periferica) per identificare una meningite che a questa età non dà segni clinici evidenti. Alla dimissione i genitori vanno istruiti sul trattamento della febbre per la prevenzione di eventuali altre crisi convulsive (*quaderni acp* 1996;vol III, n°1:48). ■

Le cardiopatie congenite

Manuela Pasini

Cardiologo presso la Divisione Pediatrica "Ospedale Bufalini", Cesena

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 45-47

L'incidenza delle cardiopatie congenite è di circa 8 ogni 1000 nati vivi. Complessivamente il 50-60% delle cardiopatie congenite viene identificato nelle prime quattro settimane di vita. Di queste circa il 25-28% viene diagnosticato nelle prime 24 ore di vita e quindi nei centri nascita; il 16% viene identificato tra il primo giorno e la prima settimana e quindi può manifestarsi dopo la dimissione. La sua diagnosi è perciò a carico del pediatra di famiglia. Occorre perciò fare molta attenzione ai sintomi e al reperto stetoacustico cardiaco al fine di diagnosticare il più precocemente possibile le cardiopatie che si manifestano dopo la dimissione dal centro nascita. Il ritardo di diagnosi può comportare infatti un rischio molto alto per il neonato e il lattante. Pertanto il riconoscimento dei segni e sintomi delle cardiopatie congenite è cruciale per la prognosi del neonato critico. Il ritardo della diagnosi, al di là dei primi giorni di vita, di cardiopatie anche gravi è possibile perché i sintomi o segni clinici possono non essere presenti alla nascita o nel periodo immediatamente successivo. La pervietà del dotto di Botallo oltre le prime 48 ore di vita, può oscurare i sintomi delle cosiddette **cardiopatie dotto-dipendenti** (note 1, 2). In queste cardiopatie la pervietà del dotto di Botallo assicura tutto o gran parte del flusso ematico polmonare o sistemico e non consente il manifestarsi di sintomi o segni clinici. La chiusura del dotto precipita poi la comparsa di sintomi gravi che non erano evidenti precocemente. L'impiego delle prostaglandine in vena consente di mantenere pervio il dotto di Botallo e quindi di ottenere la stabilizzazione clinica del neonato fino alla puntualizzazione diagnostica e al trattamento chirurgico o medico-chirurgico nelle condizioni cliniche migliori possibili.

1. Sintomi cui fare attenzione

In uno studio retrospettivo, condotto su 1653 bambini con cardiopatia congenita, che si

proponeva di valutare il tempo di presentazione dei sintomi cianosi o scompenso cardiaco nel primo anno di vita, si osservava che la trasposizione dei grossi vasi e le cardiopatie con ostruzione severa all'efflusso ventricolare destro si manifestavano con cianosi precoce in prima giornata di vita.

L'ipoplasia del cuore sinistro, le ostruzioni severe all'efflusso ventricolare sinistro, l'interruzione dell'arco aortico e la coartazione aortica severa si manifestavano sempre con sintomi precoci, ma generalmente dopo 24 ore di vita. Le cardiopatie con iperafflusso polmonare diventavano sintomatiche per lo più dal 2° mese, quando le resistenze polmonari si erano ridotte.

I sintomi e/o segni clinici che devono fare sospettare la presenza di una cardiopatia congenita sono: la cianosi, il collasso cardiovascolare, lo scompenso cardiaco, la presenza di un soffio cardiaco, la iposfigmia dei polsi femorali.

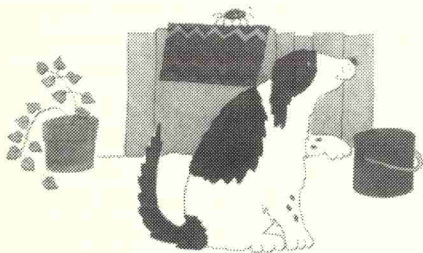
1.1 La cianosi

La cianosi si manifesta clinicamente, cioè si vede, per valori di SaO_2 tra 85% e 88%. Con una saturazione tra 88% e 92% la cianosi non si vede. Le cardiopatie cianogene si manifestano più spesso nei primi giorni di vita e talora nelle prime settimane di vita. Le cardiopatie con circolazioni in parallelo (nota 3) oppure quelle che dipendono per tutto o gran parte del flusso polmonare dalla pervietà del dotto di Botallo (cardiopatie dotto-dipendenti per il circolo polmonare: nota 1) si manifestano con cianosi precoce spesso in prima giornata di vita. Ne sono esempi la trasposizione dei grossi vasi, l'atresia polmonare, l'atresia della tricuspide, la tetralogia di Fallot con severa stenosi o atresia polmonare. In queste cardiopatie non necessariamente si riscontra un "soffio". Generalmente non sono presenti segni di distress respiratorio tipici della cianosi di origine polmonare. La somministrazione di O_2 al 100% aiuta la diagnosi diffe-

renziale tra cianosi cardiaca e polmonare. Il neonato con cianosi polmonare presenterà un aumento della saturazione in O₂, al contrario del neonato con cianosi cardiaca in cui il sangue desaturato salta il circolo polmonare ed entra direttamente nel circolo sistemico.

1.2 Il collasso cardiovascolare

Il quadro clinico del collasso cardiovascolare è dominato dai segni e sintomi di una gravissima compromissione della portata sistemica e quindi della perfusione con grave acidosi metabolica. Le cardiopatie in causa sono quelle "dotto dipendenti" per il circolo sistemico (nota 2), cioè quelle in cui la circolazione sistemica è assicurata transitoriamente dal dotto di Botallo a causa della presenza di una ostruzione critica (nota 5) all'efflusso sistemico. Esse possono non essere diagnosticate alla nascita perché la pervietà del dotto assicura la perfusione sistemica. La chiusura del dotto precipita il quadro clinico generalmente nella 1°/2° settimana di vita determinando una caduta acuta della portata sistemica. Ne sono esempi la ipoplasia del cuore sinistro, la stenosi aortica critica, la coartazione aortica severa e l'interruzione dell'arco aortico. A quadro clinico conclamato il neonato si presenta iporeattivo, letargico, pallido, marezzato, ipoteso con polsi arteriosi ridotti o assenti. Prima di questa sintomatologia molto grave, però, quasi sempre vi sono stati problemi di alimentazione, tachipnea, pallore. Anche in questo gruppo di cardiopa-

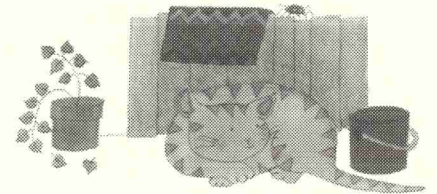


tie non sempre è presente un "soffio".

Di fronte a un bambino con tachipnea, pallido, che rifiuta di alimentarsi, occorre ricercare con costanza i polsi femorali perché il riconoscimento di una iposfigmia dei polsi femorali (polsi piccoli e poco validi) è cruciale per la diagnosi di coartazione aortica. Nei casi di apparente iposfigmia femorale la misurazione della pressione arteriosa sistolica (PAS) agli arti superiori e inferiori è utile per la diagnosi clinica come pure il rilievo di ipertensione al braccio destro. Il riscontro di PAS al braccio destro superiore di 8-10 mmHg rispetto a quella rilevata alle gambe è suggestivo di coartazione aortica. Studi della letteratura evidenziano come la coartazione aortica non sia spesso diagnosticata dal medico che la vede per primo. In uno di questi studi, su 106 bambini con coartazione aortica semplice o complessa vi era una iposfigmia o assenza dei polsi femorali in 104 (98%). Questa era stata riconosciuta dal medico che aveva visto per primo il bambino solo in 34 (32%). In un altro studio, su 74 bambini con coartazione aortica semplice o complessa di età inferiore a 6 mesi, solo in 16 era stato avanzato il sospetto di coartazione aortica (23%) mentre la iposfigmia dei polsi femorali era presente in 67 (90%).

1.3 Lo scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è un quadro clinico che si verifica ogni volta che il cuore non riesce a mantenere una circolazione adeguata alle richieste metaboliche dell'organismo in conseguenza di un eccesso di carico emodinamico di pressione e/o di volume. Le principali cardiopatie di questo gruppo sono quelle con shunt sinistro-destro a livello ventricolare o dei grossi vasi quali il difetto interventricolare grande (il DIV è la cardiopatia più frequente e costituisce il 30-39% di tutte le cardiopatie), il canale atrioventricolare completo, il dotto di Botallo ampio. I lattanti che si presentano con scompenso manifestano i sintomi in genere più gradualmente dei neonati con cianosi o collasso cardiocircolatorio. Questo perché lo shunt e quindi l'iperafflusso polmonare aumenta notevolmente dopo il primo mese di vita, in conseguenza della riduzione delle resi-



stenze polmonari, fino a determinare scompenso a causa del sovraccarico di volume e di pressione delle sezioni sinistra e destra del cuore. I segni e i sintomi dello scompenso cardiaco dipendono infatti dall'iperafflusso polmonare e dall'aumento del tono simpatico quale meccanismo di adattamento tendente a ristabilire un adeguato apporto di O₂ ai tessuti. L'attivazione della funzione adrenergica determina rispettivamente l'aumento della frequenza e contrattilità del miocardio con conseguente aumento della portata e la vasocostrizione con redistribuzione della portata preservando il flusso miocardico e cerebrale a spese del distretto cutaneo, renale e gastrointestinale. L'aumento del flusso polmonare si estrinseca clinicamente con la tachipnea; l'attivazione simpatica con la vasocostrizione periferica, la sudorazione, la tachicardia. La storia clinica rileva l'insorgere graduale di difficoltà nella alimentazione con sudorazione eccessiva e fatica, pallore, scarso incremento ponderale, tachipnea. All'esame obiettivo è presente tachipnea, tachicardia, pallore. È generalmente presente un rumore di soffio cardiaco, a volte ritmo di galoppo, epatomegalia. Il soffio di un difetto interventricolare grande può tuttavia non essere presente alla nascita, e quindi la diagnosi può sfuggire nei primi giorni di vita, poiché le resistenze vascolari polmonari rimangono elevate più a lungo. La conseguente persistenza di elevata pressione nel ventricolo destro impedisce la creazione di un gradiente pressorio e quindi di uno shunt tra le cavità sini-

stre e destre del cuore cui corrisponde il reperto obiettivo di soffio. In seguito la graduale riduzione delle resistenze polmonari determina il progressivo incremento del flusso polmonare e la comparsa dei sintomi nei primi mesi di vita.

1.4 I soffi cardiaci

L'identificazione "soffio = cardiopatia" e "assenza di soffio = non cardiopatia" è talvolta erronea e può condurre a diagnosi non corrette. Lesioni severe e complesse possono infatti presentare reperti ascoltorici non significativi. D'altra parte un soffio cardiaco isolato non rappresenta una urgenza medica in assenza di sintomi clinici. È stato calcolato che un rumore presente nelle prime 24 ore di vita comporta un rischio di cardiopatia di 1/12; se rilevato per la prima volta a 6 mesi comporta un rischio di 1/7; a 12 mesi il rischio è 1/50. È noto che alcune caratteristiche aiutano a distinguere un soffio innocente da uno patologico. Il soffio innocente è sistolico, di intensità $< 3/6$ Levine; il 2° tono non è aumentato di intensità. Se i polsi femorali sono validi si può escludere una coartazione aortica associata.

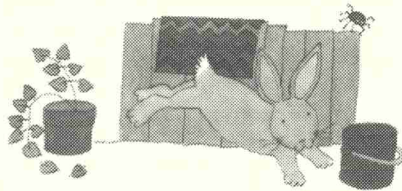
Il rumore innocente più frequente nel neonato è la stenosi polmonare periferica che origina alla biforcazione dei rami polmonari per un certo grado di ipoplasia di questi e per una loro accentuata angolazione rispetto al tronco dell'arteria polmonare. È un soffio dei primi mesi a carattere transitorio che scompare in genere entro i 6 mesi perché i rami polmonari si sviluppano e l'angolo tende a diventare meno acuto. Se tuttavia si ritiene che il rumore sia espressione di un difetto cardiaco, un approfondimento diagnostico deve essere fatto, anche se senza carattere di urgenza. Esempi di cardiopatie che si manifestano con un soffio cardiaco in un neonato o lattante che sta bene e quindi in cui il "soffio" è il solo segno clinico esistente, sono il difetto interventricolare piccolo o medio, il difetto interatriale, la stenosi polmonare o aortica non critica, la tetralogia di Fallot rosa (nota 4).

2. Conclusione

Il 25-28% delle cardiopatie congenite viene diagnosticato facilmente in prima giornata di vita e circa il 40% nella prima

settimana; tuttavia un certo numero sfugge alla diagnosi neonatale. La diagnosi di sospetto successiva è perciò nelle mani del pediatra ambulatoriale che effettua i controlli del bambino.

Si deve pertanto tenere presente che le cardiopatie gravi che si manifestano con cianosi o scompenso, pur costituendo una



patologia piuttosto rara, devono essere diagnosticate il più precocemente possibile. Il loro quadro clinico è infatti destinato a peggiorare rapidamente e mai a migliorare. A questo fine può essere utile un controllo clinico del neonato tra il 5° e il 7° giorno dalla nascita per riconoscere eventuali segni di scompenso o cianosi non presenti a 24 - 48 ore dalla nascita

quando è ancora pervio il dotto di Botallo (cardiopatie dotto dipendenti per il circolo sistemico o polmonare, nota 1). A questa età è necessario rivalutare i polsi femorali per escludere una possibile coartazione aortica. Nel caso di dubbio occorre valutare la pressione arteriosa agli arti superiori e inferiori. Si deve comunque tenere presente che sintomi non ritenuti classicamente espressione di cardiopatia possono in realtà esserne indicativi. Essi sono la tachipnea specie se in assenza di una obiettività respiratoria polmonare, il pallore, le difficoltà di alimentazione. La presenza di un soffio cardiaco con caratteristiche suggestive di cardiopatia, ma in assenza di sintomi, richiede invece un approfondimento cardiologico senza carattere di urgenza.

Bibliografia

- A. Burton et al.: Cardiac evaluation of infants. *Pediatric clinic of North America* 1994;991:41
 D. J. Scott: The presentation of symptomatic heart disease in infancy based on 10 years' experience (1973-1982). *Br. Heart J.* 1984; 52:248
 G. Thoele: Recognition of coartation of the aorta. *A.J.D.C.* 1987;141:1201
 K. E. Ward: Delayed detection of coartation in infancy: implications for timing of newborn follow up. *Pediatrics* 1990;86:972
 P. Chatelain: Physiological pulmonary branch stenosis in newborn. *Eur. J. Pediatr.* 1993;152:559

Dizionario

Cardiopatia dotto dipendente per il circolo polmonare: cardiopatia in cui gran parte del flusso in arteria polmonare, da cui dipende la ossigenazione, è assicurato dalla pervietà del dotto di Botallo tramite un flusso diretto da sinistra verso destra.

Cardiopatia dotto dipendente per il circolo sistemico: cardiopatia in cui gran parte del flusso in aorta, da cui dipende la perfusione sistemica, è assicurato dal dotto di Botallo tramite un flusso da destra verso sinistra.

Circolazione in parallelo: è la circolazione che si realizza nella trasposizione dei grandi vasi nella quale, a causa dell'impianto invertito dei grandi vasi arteriosi, l'aorta origina dal ventricolo destro e pertanto il sangue venoso viene reinviato come tale nel circolo sistemico; l'arteria polmonare nasce dal ventricolo sinistro e reinvia sangue già ossigenato nel circolo polmonare. Tale disposizione "in parallelo" e "non in successione" dei circoli sistemico e polmonare diventa incompatibile con la vita dopo la nascita se non esistono comunicazioni tra le due circolazioni.

Fallot rosa: Tetralogia di Fallot in cui la stenosi polmonare è di lieve entità e tale da non determinare cianosi.

Ostruzione critica: ostruzione aortica o polmonare severa e tale da determinare un grave ipoafflusso sistemico o polmonare.

Linee guida per seguire un ragazzo con Sindrome dell'X fragile

Antonella Brunelli

Divisione Pediatrica "Ospedale Bufalini", Cesena

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 48-50

Linee guida dell'American Academy of Pediatrics rielaborate da Antonella Brunelli (Divisione Pediatrica Ospedale "M. Bufalini", Cesena)

La Sindrome dell'X fragile è caratterizzata da un deficit di sviluppo o ritardo mentale, da caratteri somatici caratteristici e da disturbi comportamentali. La diagnosi viene posta generalmente nell'età infantile. Il sito fragile sul cromosoma X è stato descritto per la prima volta nel 1969 come un sito discontinuo sul braccio lungo presente dopo coltura cellulare in condizione di carenza di folati. Nel 1977 fu notata una relazione fra questo sito e il ritardo mentale X-linked, e si cominciò a definire la Sindrome dell'X fragile. Da quel momento gli aspetti citogenetici, molecolari e clinici di questa condizione sono andati chiarendosi e ora è riconosciuta come la causa ereditaria più comune di ritardo mentale. La sua frequenza è stata approssimativamente stimata da 1/2500 a 1/1250 nei maschi e da 1/5000 a 1/1600 nelle femmine.

Il fenotipo maschile si caratterizza per un aspetto clinico specifico e riconoscibile: fronte prominente, viso lungo e sottile con mandibola prominente (apprezzabile solo nella tarda infanzia o nell'adolescenza), orecchie grosse, protuberanti e lievemente dismorfiche e la presenza o la comparsa di macro-orchidismo; a questo aspetto fisico si associa il ritardo mentale. Questo fenotipo può essere abbastanza sfumato, non sempre evidente, e diventa meglio identificabile con il progredire dell'età. Altre caratteristiche presenti occasionalmente possono essere la palatoschisi, lo strabismo, la lassità articolare, la lussazione dell'anca, il piede cavo, il prollasso della mitrale, la ricorrenza di otiti sierose e di crisi convulsive. Particolari pattern di comportamento spesso includono: iperattività, difficoltà a fissare lo sguardo, comportamento manieristico, stereotipie, ripetitività nel discorso. Nelle femmine esiste una grande variabilità del fenotipo, soprattutto dei dismorfismi craniofaciali presenti nei maschi, e una capacità intellettuale variabile dalla normale funzione al grave ritardo mentale. Un certo grado di compromissione è segnala-

to nel 30-50% delle femmine eterozigoti. La caratteristica citogenetica della Sindrome dell'X fragile è la presenza di un sito fragile sulla banda Xq27.3, che si manifesta nella coltura cellulare in condizioni di carenza di folati. Questo aspetto è tuttora ritenuto interessante ma non è più considerato sufficientemente preciso per la definizione diagnostica. Il loco genetico, designato FMR1, è stato mappato sul cromosoma Xq27.3, la stessa posizione del sito fragile. Il disordine molecolare è stato definito come una espansione della serie di ripetizioni del trinucleotide CGG. Nel gene FMR1 normale sono presenti da 6 a 50 set di questo trinucleotide CGG. Nel ritardo mentale da X fragile, il numero di ripetizioni è maggiore di 200, i nucleotidi CG diventano metilati, il gene diventa "spento" e la sua proteina non viene più sintetizzata. Questa situazione viene chiamata "mutazione completa". I maschi con mutazione completa presentano di norma il fenotipo della sindrome, e circa i due terzi delle femmine con questo tipo di mutazione hanno un certo grado di ritardo mentale. Le differenze nel fenotipo sono in relazione al numero dei set CGG ripetuti. Quando invece il numero è compreso fra 50 e 200 il fenotipo è variabile: questa condizione viene chiamata "premutazione". L'espansione nel numero delle ripetizioni avviene durante la meiosi; in questo modo una femmina portatrice di premutazione ma clinicamente normale, durante la meiosi può espandere il numero delle ripetizioni del set CGG sul suo gene FMR1 e trasmettere al figlio maschio una mutazione completa e il fenotipo affetto. Un maschio portatore di premutazione è considerato un maschio "trasmettitore": egli trasmette la mutazione a tutte le figlie, le quali, sebbene asintomatiche e con fenotipo normale, possono generare maschi affetti col meccanismo precedentemente descritto. I metodi molecolari basati sul DNA possono fornire precise informazioni riguardo l'ereditarietà X-linked, la preva-

lenza dei maschi affetti e la presenza di problemi psicologici e di apprendimento. La necessità di distinguere la premutazione dalla mutazione completa differenzia la Sindrome dell'X fragile dalle altre mutazioni X-linked e rende il consiglio genetico molto più complesso per i maschi affetti.

Inoltre le conoscenze attuali suggeriscono che le madri dei maschi affetti sono portatrici di premutazione o di mutazione completa.

L'uso delle analisi molecolari più recenti risulta critico per una stima accurata del rischio in queste famiglie. Va fatta la definizione del numero di ripetizioni e dello stato di metilazioni del gene FMR1, così come la consulenza del genetista. La diagnosi prenatale si esegue con gli stessi strumenti della post natale.

Linee guida

per il controllo alle varie età

La tabella riassume lo scadenziario delle condizioni che vanno controllate periodicamente per la loro aumentata frequenza nella Sindrome dell'X fragile. Lo scadenziario tende a rilevare la presenza o la comparsa di:

1. strabismo;
2. prolasso della mitrale;
3. problemi ortopedici;
4. problemi otorinolaringoiatrici;
5. problemi del SNC;
6. problemi del comportamento;

Nel sospetto di prolasso della mitrale:

- se è presente un soffio o un click richie-

dere un ecocardiogramma;

- considerare la opportunità di profilassi antibiotica in presenza di prolasso mitralico, poiché il connettivo nell'X fragile risulta essere anormale; rimane comunque controversa la necessità di tale profilassi in assenza di rigurgito mitralico.

Il controllo ORL mira a valutare la presenza di otiti sierose ricorrenti e, se indicato, raccomandare un esame audiologico.

Per i problemi del comportamento va valutata la disponibilità di supporto psicologico sulla base dello stato emozionale dei genitori e delle relazioni interfamiliari.

Alla nascita

Esame obiettivo

1. Esame del fenotipo e degli aspetti somatici specifici.
2. Confermare la diagnosi e rivedere i risultati dei test molecolari. A questa età la diagnosi viene generalmente posta solo sulla base della storia familiare.

1-6 mesi e 6-12 mesi

Esame obiettivo

Valutare la presenza di ipotonia, e la comparsa di irritabilità e convulsioni. La crescita e lo sviluppo possono essere normali.

1-3 e 3-5 anni

Esame obiettivo

1. Eseguire una valutazione della funzione visiva con strumenti e tecniche adeguate all'età e ricercare le seguenti condizioni: strabismo (40% dei pazienti), mio-

pia (comunemente osservata), ptosi (occasionale) e nistagmo.

2. Da 1 a 3 anni valutare la comparsa di ernie inguinali.

3. Dai 3 ai 5 anni valutazione dei problemi ortopedici: piede piatto, scoliosi, lassità articolare. Il piede piatto va trattato solo se doloroso o difficile da calzare con le scarpe.

4. Indagare su episodi convulsivi o di fissità dello sguardo e richiedere eventualmente un EEG.

5. Dai 3 ai 5 anni valutare lo sviluppo psicomotorio e del linguaggio.

Guida anticipatoria.

1. Definire un programma prescolare:
1.1 Valutare lo sviluppo e l'inserimento alla scuola materna e discutere la opportunità di affiancare un educatore di sostegno.

1.2 Consigliare terapia logopedica, fisica e occupazionale, se necessario.

2. Osservare lo sviluppo comportamentale e discutere l'opportunità di un intervento.

2.1 Considerare un intervento terapeutico in caso di iperattività e autoaggressività.

5-15 anni

Esame obiettivo

1. A questa età è possibile la valutazione del macroorchidismo. Rassicurare i genitori che questo non è in relazione alla funzione sessuale e che non è un segno di pubertà precoce.

	Neonato	Lattanti 1 mese - 1 anno		Prima infanzia 1-5 anni		Seconda infanzia 5-13 anni	Età adulta 15-21 anni
		1-6 mesi	6-12 mesi	1-3 anni	3-5 anni		
Esami							
Occhi	*	*	*	*	*	*	*
Orecchie, naso, gola		*	*	*	*	*	*
Scheletro	*				*	*	*
Cuore	*	*	*	*	*	*	*
Testicoli				* ernie inguinali	*	*	*
Sistema nervoso			*	*	*	*	*
Sviluppo	*	*	*	*	* controllo psicomotorio e del linguaggio	*	
Comportamento	*	*	*	*	*	*	*

Guida anticipatoria

1. Valutare l'efficacia della terapia comportamentale.
2. Capire come i familiari si rapportano coi problemi comportamentali.
3. Valutare l'inserimento scolastico e suggerire:
 - presentazione visiva dell'informazione;
 - limitazione del numero degli alunni in classe;
 - attenzione individualizzata;
 - logopedia se necessario.

Dopo i 15 anni

Esame obiettivo

L'iperattività può diminuire, ma persistono i problemi dell'attenzione e la difficoltà a rapportarsi con gli altri.

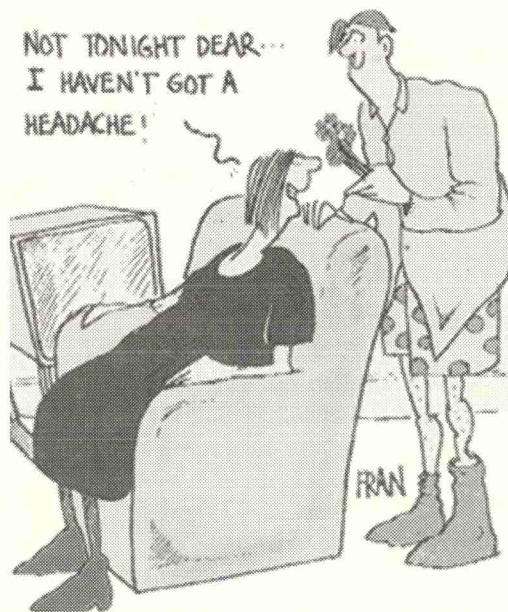
1. Controllare la presenza di convulsioni specie atipiche, soprattutto in presenza di ritardo mentale.
2. A questa età è possibile la valutazione del macroorchidismo.

Guida anticipatoria

1. Discutere coi ragazzi lo sviluppo psico-sessuale e la fertilità.
2. Rivedere i disturbi del comportamento, specie se tendenzialmente violento o con scatti di ira, piuttosto comuni nei maschi. Tali disturbi possono rispondere a terapie comportamentali o farmacologiche.
3. Rivalutare i meccanismi genetici e discutere il rischio di trasmissione negli individui affetti.
4. Valutare la necessità di intervento psicologico.
5. Discutere la disponibilità e la necessità di vocational training e di inserimenti in gruppi di lavoro se appropriato.
6. Facilitare il passaggio assistenziale al medico dell'adulto. ■



GUAI A NEGARE UN PO' DI EMICRANIA AGLI EMICRANICI



Gli psicoterapisti hanno un arma in più nella "rivalutazione in positivo" della cefalea, la offre The Lancet del 28 giugno 1997 riportando i dati di una ricerca che dimostra la straordinaria vitalità degli emicranici dopo la crisi.

CONCLUSIONI COERENTI

Il dato di partenza...

Dietary nucleotides influence the humoral immune response against cow's milk proteins in preterm infants.

*Martinez-Augustin
Biology of the neonate (in press)*

...la conclusione del depliant:

provoca una risposta immunologica che previene il manifestarsi di allergie o intolleranze immunologiche

da un depliant di un sucedaneo del latte materno

I bambini con bisogni speciali

Giuseppe Cirillo

Ospedale SS. Annunziata ASL 1, Napoli

quaderni acp 1997; vol IV, n° 4: 51-54

Ecco la seconda rassegna degli articoli più significativi apparsi recentemente in letteratura sul bambino con bisogni speciali (la prima è stata pubblicata su quaderni acp 1996;6)

Per questa rassegna sono stati scelti alcuni articoli in cui viene analizzato il fenomeno, altri in cui viene descritto il rapporto di questi bambini con le strutture sociosanitarie (e appare assai stridente il contrasto tra la preoccupazione dei pediatri statunitensi per la temuta riforma del Welfare State e le grandi diseguaglianze, rispetto alle morti evitabili, messe in luce da uno studio italiano) e altri ancora in cui c'è la valutazione di un intervento.

Lo scopo è quello di dare conto delle cose che in questo campo della medicina, si possono fare. Così come è importante conoscere l'ultima scoperta sul diabete o sulla fibrosi cistica è altrettanto importante sapere le cose che in altre parti del mondo si fanno in favore di questi bambini e delle loro famiglie. Sarebbe assai utile riprodurle anche da noi.

La frase dei pediatri americani: "la riforma in senso restrittivo del Welfare, potrebbe diventare una specie di sperimentazione umana, senza consenso informato e senza comitato di bioetica", può fare da premessa a questa seconda raccolta di articoli sui bambini con bisogni speciali.

1. Le "morti evitabili" nelle regioni italiane, 1980/1990

A. Barchielli, A. Salomoni

Epidemiologia e Prevenzione, 1996;20:318

Gli autori hanno valutato l'andamento delle morti evitabili in Italia nel decennio 1980-1990. Le morti evitabili entrano a far parte dei cosiddetti "eventi sentinella", concetto introdotto da Rutstein nel 1976.

Gli eventi sentinella sono rappresentati da patologie per le quali esistono conoscenze mediche consolidate che permettono efficaci interventi in campo preventivo o diagnostico-terapeutico.

Il metodo della valutazione degli eventi senti-

nella costituisce quindi una metodica di valutazione della qualità dell'assistenza medica e più in generale del funzionamento dei servizi sanitari.

Lo studio prende in esame una lista di cause di morte (evitabili con tempestivi e appropriati interventi dei servizi sanitari), valutando, soprattutto per due periodi 1980-85 e 86-90 le differenze tra le regioni italiane.

La lista va dalle complicanze della gravidanza, all'asma, all'ernia inguinale, all'appendicite, alla mortalità perinatale, alle malattie respiratorie 0-5 anni.

Negli 11 anni dello studio si sono verificati, nella fascia di età 5-64 anni, circa 125.000 decessi per le patologie inserite nella lista delle morti evitabili, con un numero medio di circa 12.500 decessi per anno nel periodo 1980-85 e di circa 9.800 in quello 1986-90.

Negli anni 1980-85 si sono verificate in modo significativo un numero maggiore di morti evitabili, rispetto alla media nazionale in Campania (entrambi i sessi), Piemonte e Lombardia (solo maschi), e in Sicilia, Calabria, Molise, Basilicata e Puglia (solo femmine). Negli anni 1986-90 la situazione è stata parzialmente simile, con tassi di morti evitabili significativamente superiori alla media nazionale in Campania, Piemonte, Calabria e Sicilia (entrambi i sessi), e in Basilicata, Molise e Puglia (solo femmine). Tra le regioni del Sud Italia, solo la Puglia per i maschi (entrambi i periodi considerati) e la Sardegna tra le femmine (solo nel secondo periodo) hanno mostrato tassi significativamente inferiori alla media nazionale.

Nel periodo 1985-90 la maggior parte degli eccessi di mortalità si sono verificati in regioni del Sud Italia, in particolare si è osservato per ipertensione e malattie cardiovascolari, malattie respiratorie 0-4 anni, mortalità perinatale, colecistite, tumori dell'utero, malattie infettive. Solo due cause (Tbc e asma bronchiale), hanno presentato eccessi prevalentemente o esclusivamente in regioni del Nord

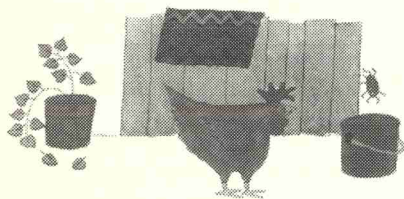
Italia. Per quanto riguarda le variazioni nei due periodi, le patologie inserite nella lista hanno presentato, con la sola eccezione dell'asma bronchiale, consistenti, costanti riduzioni dei tassi di mortalità (tra il 20 e il 50%). In entrambi i periodi però la mortalità, sia totale che per singole patologie, è stata più elevata nelle regioni del Sud Italia, in particolare in Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Basilicata. Pur in un quadro generale di tassi di mortalità inferiori a quelli dei maschi, le differenze territoriali sono più accentuate nelle donne.

In particolare l'insieme delle morti evitabili generalmente hanno nelle donne valori significativamente superiori alla media nazionale nelle regioni del Sud Italia e significativamente inferiori nelle regioni del Centro-Nord.

2. The Contribution of Childhood Environment to the explanation of socio-economic inequalities in Health in adult life: a retrospective study.

*H. Van De Mheen, K. Stronks, et al.
Soc. Sci. Med. 1997;44:13*

Questo studio olandese analizza il contributo dell'ambiente in cui vive il bambino, nel determinare le disuguaglianze nella salute e la condizione socio-economica da adulto. I dati sono stati ottenuti in modo



retrospettivo con intervista a 27.000 persone di 15-74 anni. Il livello di educazione della madre, l'occupazione del padre e la situazione economica della famiglia, sono gli indicatori più importanti nello spiegare le differenze nella salute e nella condizione socio-economica nella vita in età adulta. Gli indicatori dello stato-socio-economico da adulti erano il livello di istruzione e lo stato lavorativo, gli indicatori di salute erano la percezione soggettiva di buona salute e l'eventuale presenza di condizioni croniche.

3. Do Interventions that improve immunisation uptake also reduce social inequalities in uptake?

*R. Reading, A. Colver, S. Openshaw, S. Jarvis
B. M. J. 1994;308:1142*

Gli autori analizzano quanto un intervento di miglioramento della copertura immunitaria nella popolazione, può migliorare anche le disuguaglianze sociali nella copertura immunitaria.

Lo studio prende in considerazione cinque piccole aree, classificate da un punto di vista sociale, utilizzando il Punteggio di Deprivazione di Townsend (indice sintetico di deprivazione socio-economica), dal più deprivato a quello con migliori caratteristiche, e cinque corrispondenti coorti di bambini residenti.

Viene valutata la copertura vaccinale prima e dopo un intervento teso ad aumentare il tasso di immunizzazione consistito in:

- informazioni scritte sul retro degli alimenti per l'infanzia,
 - manifesti sulle vaccinazioni nei servizi ambulatoriali,
 - l'istituzione di un servizio di riferimento,
- I risultati erano stati buoni, soprattutto per l'aumento della copertura per la Pertosse. Analizzando le differenze tra le cinque aree di residenza rispetto alla copertura per la Pertosse (tre somministrazioni di vaccino all'età di 15 mesi), nelle aree più deprivate si notava una ridotta copertura e le disuguaglianze permanevano almeno fino a quando il programma di intervento non portava, nelle aree meno degradate, a una copertura di circa il 95%.

4. Deprivation and Bronchiolitis

*N. Spencer, S. Logan, et al.
Arch. Dis. in Child 1996;74:50-52*

È uno studio caso-controllo che testa l'ipotesi che la deprivazione socio-economica incrementi il rischio di ricovero per bronchiolite. Viene analizzata una popolazione di 307 bambini, di età inferiore all'anno, ricoverati presso l'ospedale di Sheffield in 5 mesi (da ottobre a febbraio). Per tutti i bambini la diagnosi veniva confermata dalla ricerca del VRS sull'aspirato rino-faringeo. I controlli venivano selezionati da una banca dati che raccoglie regolarmente informazioni su tutti i nati (Sheffield child development study data-SCDS). Anche in questo caso la deprivazione socio-economica veniva classificata in base all'indice di Townsend. Il rischio di ricovero per bronchiolite, sospettata clinicamente, e per bronchiolite che aveva richiesto interventi medici, cresce (OR circa due volte) con l'innalzarsi dello score di deprivazione (anche quando veniva annullata la variabile fumo dei genitori e anche considerando solo le bronchioliti che avevano avuto necessità di interventi medici, eliminando così il possibile confondimento della più bassa soglia di ammissione ospedaliera per i bambini a rischio sociale).

5. The effect of socioeconomic status on Chronic Disease risk behaviors among US Adolescents.

*R. Lowry, L. Kann, et al.
JAMA 1996;11:276, 792*

Gli autori hanno valutato su di un campione rappresentativo, 6.321 adolescenti tra 12 e 17 anni, la relazione tra stato socio-economico e comportamenti a rischio per l'insorgenza successiva di malattie croniche (gli adolescenti sono un target importante per la prevenzione). È stato analizzato l'effetto del livello di istruzione dei genitori e il reddito familiare su cinque comportamenti a rischio degli adolescenti: fumo di tabacco, vita sedentaria, insufficiente consumo di verdura e frutta, eccessivo consumo di cibi con alto contenuto in grassi e consumo eccessivo episodico di alcool. I risultati sono che i comportamen-

Inizieremo dal prossimo numero una nuova rubrica:

"Il caso che insegna" affidata a Luciano De Seta.

La rubrica intende esporre casi clinici non particolarmente complessi, ma dai quali sia venuto qualche insegnamento che va al di là di quello che usualmente si riscontra nei testi o nei trattati e che sia utile da tenere presente nella pratica quotidiana.

Ci spieghiamo con un esempio rielaborando un caso che abbiamo trovato su Lancet del 22 marzo 1997 (pag 854).

Chi voglia aiutarci nella redazione della rubrica può inviare i suoi contributi a: dr. Luciano De Seta, IV Divisione di Pediatria Ospedale SS. Annunziata via Egiziaca a Forcella n. 18, 80127 Napoli.

Il caso che insegna

La storia

AB è una bambina di tre anni che viene ricoverata in ospedale dopo una settimana di dolore alla gamba sinistra che si traduce in una zoppia.

Non c'è storia di febbre, non ci sono stati traumi, è la prima volta che la bambina presenta dolore alle gambe.

Nella famiglia non c'è storia di artropatie di alterazioni ossee o di disordini emorragici.

Il solo dato che i genitori riferiscono è che si tratta di una bambina iperattiva, sempre in movimento.

L'esame obiettivo

Questo dato lo si rileva anche dalla visita nel corso della quale la bambina è assolutamente non collaborante.

Essa, però, non ha impedimento in alcun movimento.

Tutte le articolazioni sono mobili sia attivamente che passivamente.

La palpazione dell'arto nelle varie sedi non dimostra né tumefazioni, né dolore provocato.

È però chiaro che il peso, quando cammina, è prevalentemente sull'arto inferiore destro e c'è una fuga dal sinistro.

Gli esami non sono significativi: VES 10 mm/1 ora e in particolare nulla che possa fare ascrivere il dolore a processi infiammatori, mentre si escludono "da soli" processi degenerativi o neoplastici.

Il decorso

La situazione rimane invariata, anzi si aggrava, nella settimana seguente.

Vengono allora effettuate, pur in assenza di indicazioni cliniche precise, alcune radiografie dell'arto inferiore sinistro e una scintigrafia ossea.

La radiografia della gamba rivela una evanescente reazione periostale alla metafisi tibiale prossimale, sede questa nella quale non vi è né dolore né tumefazione. La scintigrafia ossea, eseguita per escludere lesioni di tipo infiammatorio locale, dimostra una captazione più elevata al terzo superiore della tibia. Il radiologo parla di periostite. (*Qui se uno vuole può fare una bella figura sulla differenziale di periostite: per l'evoluzione successiva del caso io non lo farei*). Le indicazioni suggerite dalle due indagini sono equivocate o comunque non definitive. Due mesi dopo il ricovero una radiografia di controllo, eseguita per rilevare l'andamento della periostite, rileva la formazione di un tipico callo di frattura nella sede ov'era presente la reazione periostale.

La diagnosi

Si è trattato in sostanza di una "frattura da stress" come dicono gli inglesi o da esercizio fisico come dovremmo dire noi. Sotto i cinque anni queste fratture non sono comuni; esse sono cagionate da azioni muscolari ripetitive su una sede d'inserzione di muscoli di grossa potenza. L'aspetto radiografico iniziale non è tipico della frattura e può sfuggire anche a una radiografia standard. Spesso la conferma si ha solo (come in questo caso) con la dimostrazione della formazione del callo.

Cosa abbiamo imparato?

Che in presenza di dolore osteoarticolare bisogna pensare (e usualmente ci si pensa) alla frattura. Che l'assenza del segno radiologico tipico di frattura in alcuni casi non la esclude.

Che la frattura da stress può essere presente sia nei bambini che fanno intensa attività motoria volontaria che in quelli che fanno un altro tipo di attività motoria: è sufficiente cioè che vi sia una attività intensa e magari ripetitiva. ■

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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