

Quaderni acp

www.americaninternet.com/acp/index.htm

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

Marzo 1998

Le regole

*Valutazione di un intervento educativo
per i bambini asmatici e le loro famiglie*

Una pediatra in Gran Bretagna

Managed care

*Contributo al Piano d'azione del Governo
Italiano per l'infanzia e l'adolescenza*

L'esame routinario delle urine

*Dodici risposte a dodici domande
sulle vaccinazioni*

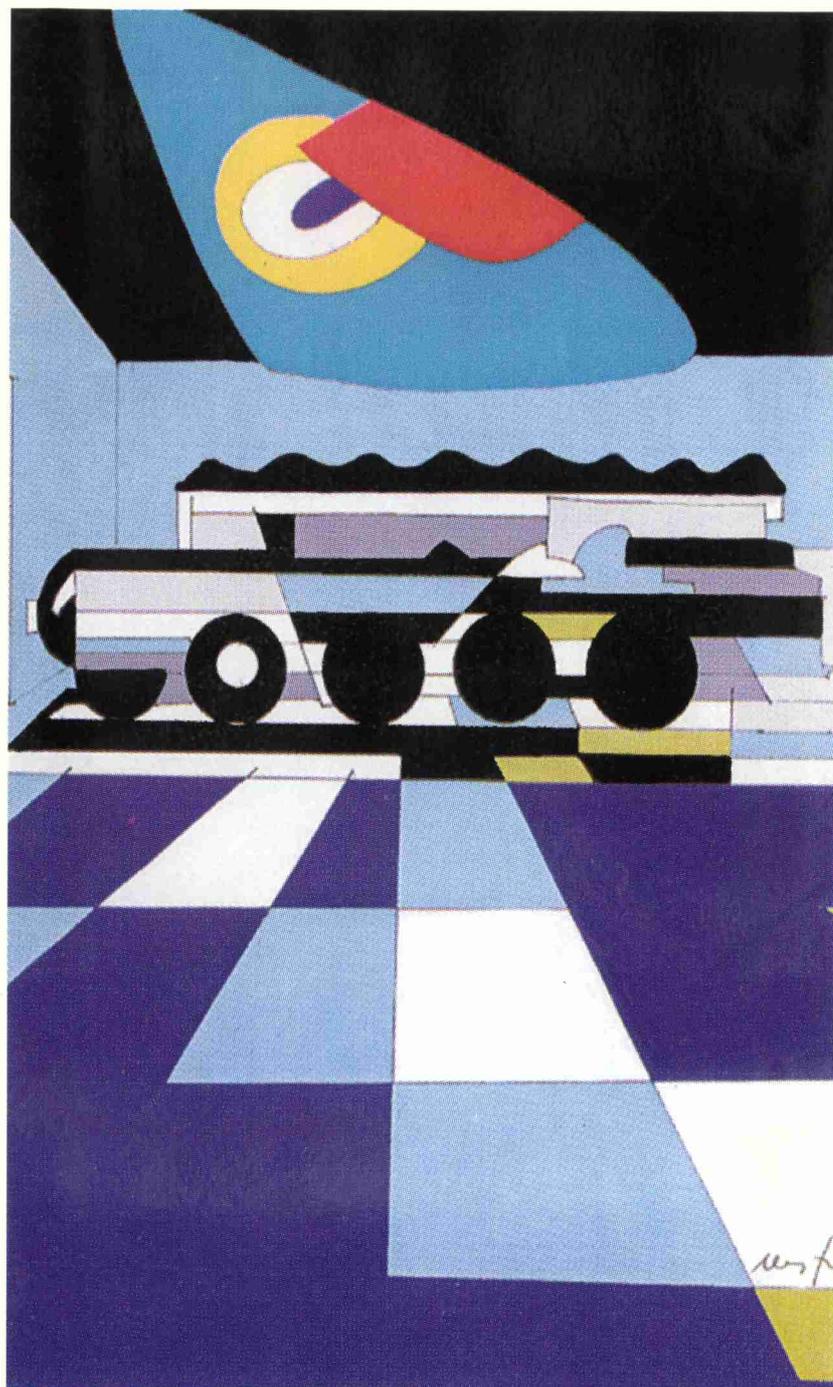
*La Leptina:
ancora una delusione per gli obesi?*

Quiz milionari

Disagio sociale e salute

Quando fare la biopsia intestinale

*Il pianto:
qualche suggerimento alle mamme*



edizioni no profit
ACP

L'Acqua Minerale Naturale SANGEMINI per l'assoluta purezza e per il contenuto completo ed equilibrato di sali minerali è un'acqua ideale per tutti i bambini, dai più piccoli ai più grandi.

Nel bambino e nell'adolescente apporta quegli elementi fondamentali per un corretto sviluppo della struttura ossea e dei denti: Calcio (ben 328 mg/l in forma altamente assimilabile), Magnesio, Fluoro e Manganese.

Durante l'allattamento assicura un equilibrato reintegro di sali minerali (Calcio, Magnesio, Fluoro, Potassio e Manganese) preziosi per il benessere della mamma e lo sviluppo del bambino.



Acqua Minerale Naturale
SANGEMINI
PURO
EQUILIBRIO

L'Acqua SANGEMINI è pura perché nasce da sorgenti circondate da una vasta area di natura protetta, viene sottoposta a costanti e severi controlli ed è imbottigliata con le tecnologie più moderne. E' leggera e di sapore gradevole.


SANGEMINI
Salute, Sangemini

MCS
FIRENZE

ACP news

4 I progetti per il 1998

Rubrica redazionale

Editoriale

6 Le regole

Giorgio Tamburlini

ACP news

8 Attività di rilievo nazionale

Rubrica redazionale

Ricerca

10 Valutazione di un intervento educativo per i bambini asmatici e le loro famiglie

AA. VV.

Libri

16 Le recensioni del mese

Rubrica redazionale

Osservatorio internazionale

18 Una pediatra in Gran Bretagna

Vitalia Murgia

Organizzazione sanitaria

21 La Managed care

Giancarlo Biasini

Diritti

24 Contributo al Piano d'azione del Governo Italiano per l'infanzia e l'adolescenza

Dante Baronciani

Info

32 Notizie di interesse sanitario dall'Italia

Rubrica redazionale

World - Info

34 Notizie di interesse sanitario dal Mondo

Rubrica redazionale

Lettere

36 Scrivono a *Quaderni acp*

L. Picci, G. Florio

ausili didattici

Leggere & Fare

38 L'esame routinario delle urine: inaccettabile il rapporto costo/beneficio

Rubrica redazionale

Saper fare

44 Dodici risposte a dodici domande sulle vaccinazioni

Raffaele D'Errico

Aggiornamento avanzato

48 La leptina: ancora una delusione per gli obesi?

Mauro Pocecco

Un po' per gioco

50 Quiz milionari

Salvo Fedele

Rassegna bibliografica

52 Disagio sociale e salute (quarta rassegna)

Giuseppe Cirillo

abc in pratica

56 Quando fare la biopsia intestinale

Luigi Greco, Roberto Troncone

Informazioni per genitori e pazienti

57 Il pianto: qualche suggerimento alle neo-mamme

Monica Pierattelli

**Riunione allargata del Direttivo ACP,
delle Segreterie e della redazione di Quaderni acp.**

Cesena, 13 dicembre 1997

La riunione è stata convocata allo scopo di aprire un dibattito più ampio e libero da contingenze sulle prospettive di lavoro dell'Associazione. Alla riunione hanno partecipato: *Luigi Acerbi, Arturo Alberti, Carla Berardi, Dante Baronciani, Giancarlo Biasini, Maurizio Bonati, Antonella Brunelli, Francesco Ciotti, Beppe Cirillo, Sergio Conti Nibali, Nicola D'Andrea, Franco Dessì, Salvo Fedele, Rosario Ferracane, Michele Gangemi, Luisa Marolla, Vitalia Murgia, Silvia Pivetta, Gherardo Rapisardi, Paolo Siani, Francesca Siracusano, Giorgio Tamburlini.*

Giorgio Tamburlini ha introdotto la riunione richiamando i quattro ambiti prioritari di attività dell'Associazione: quello politico-istituzionale (da sviluppare) rappresentato dal contributo da dare ai piani sanitari nazionali e regionali, alla costituzione dei dipartimenti materno-infantili, alla ridefinizione della pediatria di comunità, alla riorganizzazione della rete ospedaliera; quello della formazione (da mantenere rivedendone in parte contenuti) rappresentato dai corsi, dai congressi, dalle iniziative editoriali, quello della "child advocacy" (da sviluppare) a promozione dei diritti del bambino soprattutto per quanto riguarda la salute psicofisica ed il contributo alla formazione ed educazione dei genitori e quello del **funzionamento dell'Associazione** (da migliorare) in particolare per quanto riguarda il contributo attivo del maggior numero di soci e il flusso di informazioni.

Gli interlocutori del secondo e del quarto punto sono i pediatri stessi, mentre per il primo sono il legislatore e gli amministratori locali e per il terzo la società civile.

Si è aperta quindi la discussione generale con riflessioni e proposte da parte di tutti i partecipanti. Vi è accordo generale sul fatto che l'Associazione deve essere capace di incidere maggiormente sul piano dell'organizzazione e della qualità delle cure e che a questo fine sia fondamentale l'attività su base regionale. Si conviene sull'importanza di riproporre un docu-

mento ACP sull'organizzazione delle cure pediatriche, rivedendo il documento prodotto dieci anni fa, e dando indicazioni in grado di orientare l'attività complessiva dell'Associazione sia a livello nazionale, che regionale e aziendale. A tutti pare necessario che i gruppi locali siano maggiormente partecipi delle attività svolte a livello nazionale e maggiormente a conoscenza delle iniziative svolte dagli altri gruppi. Ci si propone lo sviluppo del collegamento telematico tra i gruppi e un maggior spazio all'informazione sulle attività delle associazioni su *Quaderni acp*. Bonati ritiene particolarmente importante il rapporto dell'Associazione con la società civile (associazioni laiche, genitori ecc.) dove svolgere un ruolo di formazione e informazione sui temi dell'infanzia. Rapisardi sottolinea in particolare l'importanza della formazione alla salute in epoca perinatale. Tamburlini propone che l'ACP sviluppi linee guida e criteri di auto-accreditamento sia per la pediatria ospedaliera che per la pediatria di libera scelta, come stimolo al cambiamento e allo sviluppo della qualità.

Viene discussa la politica editoriale dell'ACP presente a vario titolo in numerosissime iniziative editoriali (*Quaderni acp, Medico e Bambino, Prospettive in Pediatria, Occhio Clinico*). Baronciani illustra una proposta di collaborazione con l'Associazione per lo Studio delle Malformazioni, in particolare alla rivista per genitori che l'ASM pubblica, e Tamburlini illustra la proposta della UTET per una mini collana di pediatria pratica centrata sugli aspetti organizzativi e innovativi.

Si conviene sulla utilità di queste iniziative e nel contempo si sottolinea che la rivista ufficiale dell'Associazione è *Quaderni acp*. Si discute della linea editoriale di *Quaderni acp* e si sottolinea l'importanza della sua caratterizzazione come rivista di salute pubblica del bambino.

Tamburlini propone le ragioni per cui ritiene sia opportuno che l'Associazione elabori un proprio codice di comporta-

mento nei confronti dell'industria, come punto di riferimento per le attività dell'Associazione (corsi, congressi ecc.), dei singoli soci, e anche come stimolo nei confronti delle altre associazioni professionali mediche. Si procede infine ad una elencazione delle attività ritenute prioritarie e si dà mandato al Consiglio Direttivo convocato per il giorno seguente di individuare responsabilità e piani di lavoro per i vari punti. ■

**Responsabili dei progetti
nominati dal Direttivo ACP
del 14 dicembre 1997**

Direzione di Quaderni acp

G.C. Biasini

Progetto rete ospedaliera

N. D'Andrea

Progetto abuso

F. Ciotti

Progetto Pediatria di base

V. Calia

Progetto evidence based medicine

R. Buzzetti

Progetto Pediatria di Comunità

M. Farneti, S. Pivetta

Progetto salute perinatale

G. Rapisardi

Progetto rete per la ricerca

M. Gangemi

Progetto telematico

F. Dessì

Progetto educazione sanitaria

L. Venturelli

Progetto didattica Università

S. Del Torso

Documento ACP: codice industria

G. Tamburlini, L. Marolla, M. Bonati

**Documento ACP:
servizi materno infantili**

G.C. Biasini

Rapporti con gli iscritti

V. Murgia, F. Siracusano, L. Marolla

Rapporti con il Ministero

D. Baronciani

Rapporti con gli Enti Locali

G. Cirillo, P. Siani

Rapporti con la stampa

R. Iuli

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: gbiasini@line.net

Responsabile Franco Dessì

via Montiferru 6

09070 Narbolia (OR).

E-mail: fdessi@mbox.vol.it

Redazione

Dante Baronciani, Antonella Brunelli, Giancarlo Cerasoli, Giuseppe Cirillo, Sergio Conti Nibali, Francesco Ciotti, Carlo Corchia, Nicola D'Andrea, Luciano de Seta, Salvo Fedele, Rosario Ferracane, Michele Gangemi, Giuseppe La Gamba, Pier Paolo Mastroiacovo, Vitalia Murgia, Lucio Piermarini, Paolo Siani.

c/o Salvo Fedele

via Galileo Galilei 99

90145 Palermo.

Tel. 091/201553

E-mail: sfedele@tin.it

Grafica e videoimpaginazione

Ignazio Bellomo

Stampa

Rocco Curto Editore

Sasso Di Castalda

85050 Potenza

Tel. 081/7627270

Autorizzazione

Tribunale di Oristano 308/89

Spedizione

In abbonamento postale

Art. 2, comma 20/b - legge

662/95 Potenza

Abbonamento

Tariffa d'abbonamento

per i non soci: Lit. 50.000

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 sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale dei medici e degli infermieri pediatrici, dei 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 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/index.htm

In questo numero l'illustrazione di copertina è di Ugo Nespolo, ed è tratta da "Gulp!" Cento anni a fumetti. Electa 1996.

Le altre illustrazioni di questo numero sono di Franco Maticchio, tratte dal cd-rom "L'indice dei libri del mese 1984-1996" edito da L'indice S.p.a. Editore, Torino

Norme redazionali

Su *quaderni acp* 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 lavori per la rubrica "RICERCA" 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. 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. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano ed inglese. 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. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore indicato nella colonna a lato. Possono essere pubblicati 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 direzione 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 800 battute. 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.

Dall'impulso del momento, su un treno...

Le regole

Giorgio Tamburlini

“ogni prescrizione ed ogni trattamento devono essere comunque ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche...” “sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie scientificamente infondate o non supportate da adeguata sperimentazione clinica”.

Codice Deontologico FNOM, 1995

Regole disattese (scenario attuale)

La comunità scientifica italiana ha abbandonato, dopo una prima breve resistenza, le regole, da poco consacrate, della medicina basata sull'evidenza, ammettendo ad una sperimentazione un trattamento, il cocktail Di Bella, dai presupposti biologici arcani e senza alcuna preliminare evidenza di efficacia. Chiedersi perché lo abbia fatto può forse portare a qualche riflessione utile anche per l'ACP.

Lo ha fatto, diranno in molti, per la pressione “politica”, dei media innanzi tutto, e solo in secondo luogo dei partiti (alcuni più di altri, ma, in qualche misura, tutti). Bene, è certo andata così, ma dobbiamo porci allora un altro quesito: quale sarebbe stato l'esito della vicenda in altri paesi europei, dove pure i media esistono e sono altrettanto influenti? Credo ci troveremo d'accordo nel fare una lunga lista di paesi in cui l'esito sarebbe stato ben diverso, soprattutto grazie ad un diverso atteggiamento della comunità scientifica. Infatti, ciò che è parso sorprendente nel caso Di Bella è stata l'arrendevolezza e la fragilità dimostrata - nella sua maggioranza - dalla nostra comunità scientifica, soprattutto ai suoi massimi livelli, nei confronti dell'assalto condotto non solo alle regole della sperimentazione scientifica ma anche alla ragione e al sistema sanitario nazionale.

Oltre a comprensibili ma molto discutibili ragioni di opportunità politica (per evitare l'ingigantirsi del problema, “tanto la sperimentazione dimostrerà che questa roba non serve” e per timore di essere bersaglio di campagne di stampa) hanno forse giocato un ruolo non secondario l'interesse (il timore di perdere clienti e finanziamenti per la ricerca) e forse, in alcuni, il dubbio su qualche possibile efficacia del cocktail. Sta di certo che ciò cui tutti abbiamo assistito non è stata una manifestazione di coraggio e di autonomia da parte dei tanti che hanno deciso di cavalcare la tigre o di starsene zitti, limitando l'espressione delle proprie opinioni alla sfera privata. Ma temo vi sia stata un'altra ragione, forse più preoccupante, del cedimento: la debolezza che nasce dal non avere la coscienza a posto, dal sapere che non è la prima volta, dal non poter opporre una storia ed una pratica effettivamente improntata alle regole che si dovevano difendere (chi è senza peccato...). Non mancheranno ora i venefici effetti delle decisioni prese, di come sono state prese, e dei messaggi lanciati. Se l'obiettivo era quello di tacitare la bagarre, non è stato ottenuto. In più, cosa si pensa di aver prodotto nella pubblica opinione? L'idea che il Ministero e la comunità scientifica abbiano dimostrato saggezza e duttilità, o solo debole tatticismo? E cosa penseranno quei medici e quei ricercatori che invece credono nelle regole? Cioè che s'investe nella sperimentazione quando c'è una base scientifica e che si spendono i soldi pubblici solo per gli interventi efficaci? E ora che succederà alla prossima terapia autorevolmente (politicamente) supportata? Altre costose sperimentazioni? O per fornirle gratis, magari sulla spinta di sentenze di pretori e TAR?

Regole rispettate (scenario ipotetico)

Proviamo ad immaginare un altro scenario, quello della resistenza.

Punti fermi: non vi è dimostrazione dell'efficacia della cura, non vi sono i presupposti scientifici per una sperimentazione. Non lo dice il Ministro (che non può dirlo), lo dicono il Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità e la commissione oncologica nazionale, *che tuttavia ammettono i ritardi in alcuni settori della ricerca e della qualità delle cure in oncologia*. Il Ministro prende atto e risponde con *atti di governo*. Alla TV si spiegano le regole della sperimentazione scientifica (sono semplici da spiegare) con divulgatori di professione e non con cercatori di scoop, evitando scene ad effetto e di dubbia correttezza, si documentano le attuali possibilità

della terapia antitumorale per i tumori più comuni, e le possibilità di terapia palliativa e del dolore. Si fa cioè dell'informazione seria, cogliendo se possibile l'occasione per *rilanciare e rinforzare le campagne di prevenzione da un lato e, dall'altro, la sensibilizzazione di servizi e medici sull'importanza della terapia palliativa e di supporto*, due aspetti su cui l'Italia non è ovunque a livelli europei. Possibilmente si finanzia una linea di ricerca sulle terapie di supporto e magari anche uno specifico trial (un paio di quelli iniziati hanno effettivamente queste caratteristiche) sui possibili effetti palliativi del metodo Di Bella (MDB). Possibile corollario: per considerazioni umanitarie il Ministro ritiene di intervenire comunque per contenere il prezzo dei farmaci MDB a patto che siano somministrati non in alternativa alle terapie dimostratamente efficaci e a malati terminali. Risultati? La richiesta dei farmaci del MDB aumenta ugualmente, ma in misura ridotta, e viene comunque dopo un po' calmierata dall'offerta di mercato. La comunità scientifica italiana non finisce derisa sulle pagine delle riviste scientifiche internazionali, la gente magari ne capisce un po' di più di terapie e di ricerca, i malati terminali possono *davvero* sperare in più attenzione e migliori cure. Il numero di medici e ricercatori che credono in una medicina basata sull'evidenza ed in una sanità che spende i suoi danari oculatamente aumenta, e diminuisce il numero di quelli che vorrebbero emigrare (non in Turchia, come Di Bella, ma in Canada o in Olanda).

Regole pretese (la libertà di cura)

In questa vicenda è stato invocato, da destra e da sinistra, il principio (malinteso) della libertà di cura. Forse (nello scenario ipotetico) alcuni politici avrebbero potuto trovare il coraggio di dire che la libertà di ognuno finisce dove comincia quella degli altri e di ricordarsi che il loro compito è quello di far crescere una società che capisce come libertà di cura e giustizia non possano essere contrapposti e che è questo difficile equilibrio che va ostinatamente cercato dalla *politica*, a tutela di quelli che *non gridano*, adeguatamente supportata dalla scienza a tutela di quelli che *non sanno*. La libertà di cura c'è già, se la si intende come la libertà di scegliere. Se la si intende come libertà per ciascuno di curarsi come si vuole ma a prezzo della collettività, è evidente che il principio non regge, o meglio deve avere dei *limiti*, pena il fallimento della collettività e con essa della libertà di cura. Quali siano questi limiti e in che modo debbano essere stabiliti ed eventualmente rivisti è compito della comunità scientifica e di quella politica assieme. La comunità scientifica deve stabilire i livelli di evidenza ed i rapporti di costo/efficacia; la comunità politica deve stabilire fino a quale limite di evidenza e di costo/efficacia un intervento può essere pagato dalla collettività. E, si badi, non si tratta dunque di fare barriera contro il nuovo (per esempio l'omeopatia è ufficiale e "pubblica" in Francia ed in effetti l'omeopatia una certa evidenza di efficacia ce l'ha, così come l'agopuntura, l'accompagnatore in sala parto e molte altre procedure e medicine non considerate nell'ambito dei canoni classici della medicina occidentale), ma di stabilire le *regole per ammettere il nuovo*, e rigettare il tanto vecchio che c'è, sovvenzionato e completa-

mente inutile. Tra il nuovo (nuovo solo per la medicina occidentale, ed anche questo solo in parte) ci sono tutti i vari approcci che consistono nel *prendersi cura* di quel paziente, di tutto ciò che inevitabilmente *sta intorno* alla sua malattia.

Regole condivise (l'antidoto)

Questo editoriale è nato su un treno, dall'impulso del momento, sostituendone un altro, di cui tuttavia devo almeno rivelare il contenuto. Trattava del rischio di frammentazione dei servizi sanitari per l'infanzia, a cominciare dai servizi di neuropsichiatria infantile accorpata ai dipartimenti di psichiatria dell'adulto per arrivare alla pediatria di comunità accorpata ai dipartimenti di igiene. Cose che sembrano già scritte (nel Piano Sanitario Nazionale) e che sono certamente già state dette e in alcuni casi programmate in qualche regione. Per fortuna pare cosa scritta (sempre nello stesso Piano) anche il dipartimento materno-infantile, inter o intra-aziendale, il cui significato è esattamente l'opposto. All'italiana, si è forse risolta la contraddizione mantenendola ben viva. Vedremo cosa dirà la versione definitiva del piano. In ogni caso l'ultima parola passerà inevitabilmente alle Regioni e alle Aziende. E allora perché scegliere di parlare di Di Bella piuttosto che trattare di quel che ci riguarda più da vicino? Innanzi tutto per riflettere proprio sulle ragioni della debacle: della comunità scientifica, o per lo meno dell'idea di essa, della sanità pubblica, dell'incontro tra informazione scientifica e società, del vero contenuto della libertà di cura (e della solidarietà). Poi perché mi pare che tutto questo indichi qualcosa anche a noi. Se la comunità scientifica non si muove, non promuove le regole, o non le difende a dovere, non accoglie il nuovo con il vaglio della ragione ma sotto la spinta della piazza e dell'opportunità, vediamo cosa possiamo fare noi, come si dice, nel nostro piccolo. Utilizzando appieno questo nostro status di Associazione culturale e quel tanto di indipendenza e di gratuità che ne può derivare. Per darci delle regole, quando prescriviamo, quando facciamo ricerca o formazione. Non regole fisse, ma regole anche per cambiare le regole, per accogliere il nuovo senza far torto alla ragione ed alla responsabilità che abbiamo di spendere bene le risorse della collettività. Abbiamo, anche per questo, in gestazione un codice di comportamento per i rapporti con l'industria, che si propone rapporti di collaborazione fattivi e trasparenti nell'interesse degli utenti, che sarà portato in discussione tra i soci a breve, e presentato al prossimo nostro congresso a Taormina. Forse potremmo andare oltre, e proporre qualche principio di buona pratica professionale, in ospedale come in ambulatorio. La strada non è facile, e qualcuno può paventare qualche rischio di rigidità, o adesioni di facciata. Forse. Ma discutere delle regole sembra un'occasione di crescita, ed un buon antidoto al disorientamento nel rapporto tra medico e paziente, di cui la vicenda Di Bella è solo un sintomo. La medicina ha bisogno di crescere e non lo può fare solo aggiornandosi sull'ultimo antibiotico o sequenza di DNA. Il rapporto tra medico e paziente ha pure bisogno di crescere e non può farlo a colpi di sentenze, ma su una reciproca consapevolezza costruita con pazienza.

La discussione è aperta. ■

Riunione del Gruppo di Lavoro Ospedaliero

Roma, 17 gennaio

Sono stati presentati i dati preliminari dell'analisi compiuta sulle schede relative alle patologie studiate (brucopolmoniti, asma, infezione alle vie urinarie, dolori addominali ricorrenti).

Più di cento ospedali hanno partecipato alla ricerca. L'analisi sarà completata sia per ognuna delle quattro patologie sia sui dati strutturali e relativi all'organizzazione del lavoro di ciascun reparto, entro marzo. Per il 25 giugno sarà organizzato presso l'Istituto Superiore di Sanità un convegno che a partire dai risultati della ricerca metta in discussione l'attuale organizzazione delle cure pediatriche ospedaliere proponendo sia criteri per la sua razionalizzazione (come rete ospedaliera) che per il miglioramento della sua qualità (criteri e proposte di auto-accreditamento per una "buona pratica").

Il gruppo di lavoro è coordinato da Nicola D'Andrea; Pino La Gamba e Federico Marchetti stanno curando l'elaborazione dei dati.

Corso Nazionale sull'Abuso

Varenna, 29-31 gennaio

Il corso è stato organizzato da Dante Baronciani con la collaborazione del Centro del "Bambino Maltrattato" di Milano (Paola Di Blasio, Stefano Cirillo, Dante Ghezzi) e con la collaborazione e partecipazione del "Centro Nazionale di Documentazione sull'Infanzia" della Presidenza del Consiglio (Alfredo Carlo Moro). I partecipanti erano quarantacinque, in gran parte pediatri di base, ospedalieri e di comunità, ma in molti casi le realtà locali erano rappresentate anche da psicologi, assistenti sociali, operatori dei consultori familiari.

Il corso ha ripreso tutti gli elementi del sapere e saper fare relativo all'abuso, dall'epidemiologia ai fattori di rischio e di protezione, alla semeiotica del maltrattamento fisico, sessuale e psicologico, agli itinerari che vanno dalla segnalazione all'intervento del Tribunale dei Minori, all'attivazione della rete per la diagnosi di

ricuperabilità della famiglia ed eventuali interventi riparativi o alternativi alla famiglia. I contributi da parte dei docenti sono stati tutti di alto livello.

Il corso ha consentito anche di fare il punto sulle attività dell'Associazione rispetto al problema e sulla collaborazione con altri centri e operatori. Il materiale del corso sarà editato da un gruppo di lavoro e messo a disposizione dei gruppi locali per le attività di formazione.

Un secondo corso nazionale sarà organizzato nell'Italia Meridionale nei prossimi mesi.

Una rete di informazione sarà costituita tra gli operatori interessati. L'associazione si impegnerà a dare il proprio contributo a livello locale alla costituzione di gruppi interdisciplinari sul tema dell'abuso.

Riunione del Gruppo di Lavoro sulla Riorganizzazione delle Cure Pediatriche

Rimini, 19 febbraio

Il gruppo di lavoro per la rivalutazione e la riorganizzazione del documento ACP sulla organizzazione dell'assistenza pediatrica, che risale al 1987, si è riunito a Rimini il 19 febbraio 1998.

Erano presenti Giancarlo Biasini, Francesco Ciotti, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Silvia Pivetta, mentre era assente per impegni concomitanti, Vitalia Murgia.

Il gruppo ha concordato di ordinare il documento in: *Definizione* delle componenti dell'assistenza, *Funzioni* delle medesime, *Strutture, Standard, Indicatori*.

Un'elaborazione sufficientemente definita è stata fatta, nel corso della riunione, sulla attività, dipendenza ed organizzazione del personale di assistenza all'infanzia, e sui rapporti fra personale sociale e sanitario, nella struttura distrettuale.

Riunione del Gruppo di Lavoro per la Ricerca

Verona, 27 febbraio

Si è riunito a Verona il 27 febbraio il Comitato Scientifico per la ricerca nell'area delle cure primarie del bambino.

Erano presenti Assael, Baronciani, Bonati,

Buzzetti, Gangemi, Mastroiacovo, Tamburini (componenti); erano stati invitati Bellù e Facchin. Si è discusso su come organizzare l'attività in merito a proposte di ricerche da parte del Comitato e alla valutazione di ricerche proposte dai gruppi locali. La segreteria invierà ai gruppi richiedenti una risposta articolata che dovrà avere un significato didattico e potrà essere pubblicata su *Quaderni acp*, se i richiedenti acconsentiranno.

Si è poi discusso come incentivare la rete di Pediatri Sentinella (33) sparsa su tutto il territorio nazionale ed attivarsi per la ricerca sulla varicella coordinata da Assael. Quest'ultimo proporrà un'ipotesi di potenziamento, valutando i requisiti minimi che i partecipanti devono possedere e la loro dislocazione; l'ACP fornirà supporto all'iniziativa.

Si è poi affrontata la proposta di uno studio di Coorte in ambito ACP e si è concordato sull'utilità della realizzazione; andranno comunque meglio delineati obiettivi ed ambiti di ricerca.

Tra circa un mese il Comitato si ritroverà per ridiscutere l'ipotesi. Infine sono state presentate le iniziative di formazione alla ricerca (BELLA e corsi di epidemiologia) e si è sottolineata la necessità di coordinare le iniziative future. Bonati ha ricordato che le quattro ricerche partite da BELLA stanno coinvolgendo all'incirca mille pediatri.

Info acp

Chi vuole iscriversi all'ACP deve inviare una richiesta di iscrizione intestata al Presidente e inviata a Franco Dessì, via Montiferru 6 09070 Narbolia (OR).

La quota d'iscrizione 1998 è di Lit. 50.000 da inviarsi tramite c/c postale n. 12109096 intestato alla Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru 6 Narbolia (OR); oppure tramite bonifico bancario alla CARIPLO ABI: 06070 CAB: 17400 CC: 74/1 con la stessa intestazione.

Gli iscritti alla ACP hanno diritto ad uno sconto del 50% sull'abbonamento a *Medico e Bambino*, se indicano sul retro del CC/p che sono soci ACP.



igiene
quotidiana
del naso...

nasino chiuso...

secchezza
delle mucose...

Libenar[®]

*Un nasino libero
ti ricambia sempre con un sorriso.*

Libenar è il rimedio semplice e sicuro per le più comuni affezioni nasali di grandi e piccini.

Soluzione fisiologica isotonica allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, Libenar favorisce l'eliminazione delle eccessive secrezioni che ristagnano nelle fosse nasali, l'idratazione delle mucose ed il ripristino delle caratteristiche reologiche del muco.

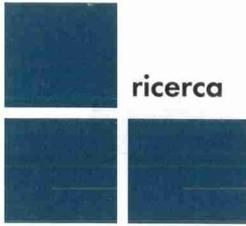
Libenar agisce esclusivamente a livello locale e non contiene sostanze preservanti: un trattamento naturale, consigliabile anche in condizioni fisiologiche normali per un'efficace prevenzione, nei lattanti, nella prima infanzia e in gravidanza. Libenar è disponibile in versione spray e nei praticissimi flaconcini per i più piccoli.

IN FARMACIA



Spray da 40 e 125 ml. Flaconcini da 12 e 24.

Libenar: un valido aiuto fin dal primo respiro.



Valutazione di un intervento educativo per i bambini asmatici e le loro famiglie

P. Bonin*, R. Scala*, L. Todesco*, C. Beltramello**, T. Centomo*, G. Chiavelli*, N. Ferri*, M. Finco*, N. Grassi*, M.L. Lazzaretto***, M. Marcadella*, M. Menara*.

*Pediatri del gruppo ACP Jacopo da Ponte di Bassano del Grappa

**Medico responsabile del Distretto n.1 dell'USL n. 3 Regione Veneto

***Medico di medicina generale dell'USL n. 3 Regione Veneto

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 10-14

Abstract

Objectives

This study evaluates the efficacy of an educational intervention in a group of families with children suffering from asthma. The objectives of the study are the following: to improve the control of asthma disease and the quality of life of the child.

Methods

The evaluation was carried out by means of a questionnaire given at the beginning and after the conclusion of the educational intervention. The same questionnaire was given to a control group.

Results

The results of the environmental prophylaxis were quite satisfactory at time 0 (t0). At time 1 (t1) there were improvements: in the ability to recognize the symptoms, in the promptness of starting the therapy, about the knowledge and the correct use of drugs and in the confidence in the treatment of acute asthma; moreover there were less: school-absences, nocturnal asthma, cough and wheeze among the crisis; there was less restriction of the spontaneous physical activity.

Discussion

The intervention was judged very positive by the parents and requested further group sessions. The intervention, according to the authors, has allowed a better patient-physician relationship and a similar approach is desirable in other chronic illnesses.

Keywords: Asthma, Education

Obiettivi

Lo scopo del nostro intervento educativo è quello di migliorare le conoscenze per modificare atteggiamenti e comportamenti della famiglia del bambino asmatico, con l'obiettivo di migliorare il controllo della malattia e la qualità della vita del bambino e della famiglia (1-2-3-4-5). Fin dalla fase progettuale del lavoro ci è parso indispensabile poter misurare i risultati prodotti per poter valutare l'efficacia dell'intervento (6-7). Gli obiettivi specifici sui quali si voleva ottenere cambiamento sono stati focalizzati con la tecnica del *brain storming*, applicata al gruppo di coordinamento. Sono stati così identificati tre gruppi di obiettivi sui quali lavorare: la profilassi ambientale, la gestione della malattia, lo stile di vita. Nell'ambito della profilassi ambientale degli ambienti indoor ci è parso importante incidere su: ruolo della profilassi per polvere di casa e muffe, necessità di evitare il fumo passivo.

Sul tema della gestione della malattia abbiamo distinto:

- atteggiamenti da disincentivare: evitare di dare farmaci, abbreviare la terapia, usare eccessivamente i farmaci durante le crisi acute, iniziare a curare in ritardo, sottovalutare i sintomi, sottovalutare il problema, negare la cronicità della malattia, delegare completamente la gestione del problema al bambino, la rassegnazione passiva;
- atteggiamenti da incentivare: accettazione a gestire la malattia, abituare il bambino a convivere con la malattia, collaborazione con il pediatra.

Gli obiettivi dell'intervento educativo riguardo lo stile di vita mirano a: promuovere una vita più simile possibile a quella dei coetanei, disincentivare i tentativi dei genitori di limitare l'attività fisica spontanea dei bambini, promuovere lo sport e l'attività fisica in generale.

Metodi

Gruppo di studio (GS)

Sono stati reclutati 85 bambini affetti da asma di entrambi i sessi, 6 di questi sono usciti dallo studio. La loro età al momento del reclutamento era compresa fra i 5 e i 10 anni, l'età media è di 7.61 anni; 59 sono maschi e 19 sono femmine. L'età media all'esordio della malattia era inferiore ai 3 anni nel 79.5% dei pazienti. Nell'anno precedente all'inizio dell'intervento avevano eseguito profilassi farmacologica per almeno un mese oppure hanno avuto bisogno di broncodilatatori per tre volte la settimana. Essi rappresentano l'universo dei pazienti affetti da asma, con le caratteristiche sopradescritte, dei medici partecipanti allo studio. I criteri che definiscono i sintomi e/o la terapia eseguita delimitano il gruppo di bambini che, se ancora sintomatico, deve eseguire profilassi farmacologica per asma cronico, secondo il protocollo adottato (2-8).

Gruppo di controllo (GC)

È stato utilizzato un gruppo di controllo. Sono stati arruolati 36 bambini, con le stesse caratteristiche cliniche del GS, scelti fra i pazienti di medici non partecipanti allo studio (per lo più



medici di medicina generale). Trenta di questi hanno concluso lo studio. La numerosità del G.C. è inferiore alla metà di quella del G.S., probabilmente non coincide con l'universo dei pazienti affetti da asma, con le caratteristiche cliniche su indicate, dei medici del gruppo di controllo. L'età media del G.C. è di 7.96 anni; ventidue sono maschi e otto sono femmine. L'età media all'esordio della malattia era inferiore ai tre anni nell'80% dei pazienti.

Questionario

Un questionario è stato somministrato ad un genitore di ognuno dei bambini del G.S. nel gennaio '95 (tempo 0= t0), prima degli incontri formativi, e nel giugno '96 (tempo 1= t1), alla conclusione dell'intervento. Anche un genitore di ognuno dei bambini del G.C. ha risposto al questionario negli stessi periodi. Per verificare la significatività delle risposte del G.C. e del G.S. a t0 e a t1 si è utilizzato il Test di MC NEMAR. Il valore soglia è $2 \cdot 1;0.05 = 3.84$. Se il valore ottenuto dal test è minore della soglia, la differenza tra le risposte di ciascun gruppo tra t0 e t1 non è significativa.

Diario clinico

È stato utilizzato esclusivamente nel G.S. poiché costituisce uno degli strumenti educativi. Voleva fornire alcuni elementi di valutazione del controllo della malattia (presenza di tosse e qualità del sonno) e di morbidità (assenze da scuola e difficoltà a svolgere le attività quotidiane a causa dell'asma).

Protocollo terapeutico. Strumenti di intervento

Nella fase preliminare dell'intervento educativo il gruppo di coordinamento si è occupato di:

- stendere i protocolli per la cura dell'accesso asmatico acuto (8) e per la profilassi dell'asma cronico (2-8);
- preparare il materiale informativo per le riunioni collettive con i genitori e un opuscolo informativo per le famiglie (bambini ed asma, come e perché);
- preparare il diario clinico e lo schema di istruzioni per il trattamento dell'accesso asmatico acuto.

Riunioni di consenso con i ricercatori

Successivamente tutti i medici partecipanti allo studio si sono incontrati per:

- discutere ed adottare i protocolli proposti;
- acquisire correttamente l'uso degli strumenti per il monitoraggio clinico e la somministrazione dei farmaci;
- discutere con la neuropsichiatra infantile (dr.ssa Chiara Cattelani) l'ottimale approccio relazionale con le famiglie;
- decidere in dettaglio i tempi dell'intervento educativo.

Metodo e tempi dell'intervento educativo

L'intervento educativo è iniziato nel gennaio '95 e si è concluso nel giugno '96.

L'intervento formativo vero e proprio è consistito di:

- incontri collettivi con piccoli gruppi di genitori per fornire spiegazioni sull'asma, favorire la discussione e consegnare l'o-

puscolo informativo;

- incontri individuali con la presenza del bambino per dare illustrazione e dimostrazione pratica dell'uso degli strumenti utili per la cura dell'asma (camera di espansione, misuratore di picco di flusso, diario e schema di istruzioni per l'accesso asmatico acuto);

- incontri individuali per la valutazione dei valori di picco di flusso espiratorio registrati biquotidianamente dai bambini nel febbraio '95 e '96 necessari per stabilire i valori di riferimento di ogni singolo bambino;

- incontri individuali mensili (marzo-aprile-maggio '95-'96) per la consegna del diario e la discussione delle situazioni critiche verificatesi.

Un ultimo momento formativo per i genitori (maggio '96) è stato proposto dalla prof.ssa Augusta Battistini sul tema: "Asma ed inquinamento ambientale"(9).

Risultati

Analisi dei questionari

Per quanto concerne le misure preventive adottate dai genitori dei bambini allergici alla polvere, queste venivano applicate in maniera soddisfacente già a t0 da entrambi i gruppi (90% G.S. e 70% G.C.). Questo in parte contrastava con il comportamento riguardo al fumo: in entrambi i gruppi al t0 fumava il 40% dei genitori (e di questi la metà in casa). Al t1, comunque, si è verificata una riduzione, anche se modesta (hanno smesso di fumare tre genitori del G.S. e un genitore del G.C.).

La differenza delle risposte date a t0 e t1 risulta significativa in una parte degli items del G.S., nelle tabelle sono riportati solo i valori significativi.

Gestione della malattia (tab. 1)

Un maggior numero di genitori riconosce i sintomi d'inizio della crisi asmatica acuta e, in particolare, la difficoltà respiratoria viene riconosciuta nel G.S. dal 69.2% a t0 e dal 95.4% a t1.

I dati più interessanti riguardano il miglioramento nell'esecuzione della terapia:

- la quasi totalità dei genitori interviene immediatamente, quando è iniziata la crisi asmatica acuta (76.6% al t0 e 90.9% a t1), senza aspettare il consulto con il proprio medico; coloro che lo consultano sono passati dal 14.3% al t0 al 2.6% al t1;
- correttamente i genitori utilizzano, come primo farmaco, il broncodilatatore per via inalatoria (75.3% al t0 e 92.3% al t1);
- in caso di risposta clinica insoddisfacente o di peggioramento dei sintomi somministrano steroidi per via orale (40.7% a t0 e 82.9% a t1), prima di aver consultato il medico; coloro che lo consultano sono passati dal 46.1% al t0 al 10.5% al t1;
- inoltre continuano a somministrare la terapia inalatoria per due giorni dopo la risoluzione della crisi (30.3% a t0 e 61.8% a t1);
- il 98.7% dei genitori al t1 si ritiene sicuro nella cura della crisi asmatica acuta.

Stile di vita (tab. 2)

Il controllo della malattia è presupposto indispensabile per uno stile di vita simile a quello dei coetanei.

Sono suoi indicatori: asma da sforzo, fischio e/o tosse tra le crisi, asma notturno, assenze scolastiche per asma.

Segnaliamo che, nonostante sia invariata la presenza di asma da sforzo, un maggior numero di genitori somministra la premedicazione con broncodilatatori o cromoni prima dell'attività fisica (13.3% al t0 e 20% al t1).

È stata osservata, invece, riduzione di: fischio e/o tosse tra le crisi (68.7% al t0 e 50.7% al t1), asma notturno (66.7% al t0 e 52% al t1), assenze scolastiche (22.1% al t0 e 9.1% al t1).

L'attività sportiva regolare, che veniva praticata dal 67.1% dei bambini al t0, viene svolta dal 84.2% dei bambini al t1.

È meno limitata, nei periodi di benessere, l'attività fisica spontanea: andare in bicicletta (18.8% al t0 e 2.8% al t1), giocare a nascondino (20% al t0 e 5.7% al t1), correre (22.9% al t0 e 11.4% al t1).

Analizzando le convinzioni e gli atteggiamenti dei genitori riguardo al proprio bambino asmatico, rapportato a coetanei non asmatici, osserviamo che: meno genitori pensano che sia necessario ridurre l'attività sportiva (9.7% a t0 e 2.8% a t1) e inoltre un maggior numero ritiene utile farla eseguire in ugual misura (73.6% al t0 e 83.3% al t1).

Meno genitori sono convinti che il proprio figlio debba svolgere più attività fisica all'aria aperta (30.6% a t0 e 19.4% a t1), mentre sono ancora radicate alcune convinzioni quali l'importanza di "sudare meno" (34.5% a t0 e 21.4% a t1).

Per ogni parametro utilizzato sono stati riportati anche i dati relativi al G.C.

Nessuno di questi presenta differenze significative tra t0 e t1. Soprattutto per quanto concerne l'esecuzione della terapia non si sono verificati cambiamenti tra i due tempi di osservazione.

Tab. 1. Gestione della malattia

		(%) al tempo 0	(%) al tempo 1	Significatività
<i>Sintomi che fanno pensare ad una crisi di asma</i>				
Tosse	Gruppo studio	81.9	87.5	
	Gruppo controllo	85.7	89.3	
Fischio o sibilo	Gruppo studio	86.2	87.7	
	Gruppo controllo	89.5	89.5	
Difficoltà respirator.	Gruppo studio	69.2	95.4	12.19
	Gruppo controllo	95.7	95.7	0
<i>Inizia la terapia con</i>				
Tosse secca	Gruppo studio	52.8	69.4	4.65
	Gruppo controllo	68.2	72.7	0
Fischio e sibilo	Gruppo studio	59.4	60.9	
	Gruppo controllo	73.3	80.0	
Difficoltà respirator.	Gruppo studio	59.4	60.9	6.75
	Gruppo controllo	93.3	86.7	0
Due sintomi	Gruppo studio	22.6	12.9	
	Gruppo controllo	31.3	12.5	
<i>Quando inizio la terapia</i>				
Subito	Gruppo studio	76.6	90.9	5.88
	Gruppo controllo	76.7	70	0.12
Consulto il medico	Gruppo studio	14.3	2.6	7.11
	Gruppo controllo	16.7	13.3	0
<i>Uso il broncodilatatore come primo farmaco</i>				
Si	Gruppo studio	75.3	92.2	6.85
	Gruppo controllo	46.6	46.6	0.12
<i>Se il bambino peggiora</i>				
Uso cortisone per os	Gruppo studio	40.7	82.9	24.02
	Gruppo controllo	26.6	26.6	0.1
Mi rivolgo al medico	Gruppo studio	46.1	10.5	19.31
	Gruppo controllo	53.3	43.3	0.36
<i>Sospendo la terapia</i>				
Appena migliora	Gruppo studio	9.2	7.9	
	Gruppo controllo	16.7	6.7	
Continuo per 2 gg	Gruppo studio	30.3	61.8	15.55
	Gruppo controllo	30.0	26.7	0
Consulto il medico	Gruppo studio	60.5	30.3	13.83
	Gruppo controllo	53.3	66.7	0.9
<i>Sono sicuro nella cura della crisi asmatica</i>				
Si	Gruppo studio	84.2	98.7	
	Gruppo controllo	26.7	46.7	



Soddisfazione

Al momento della seconda somministrazione del questionario (giugno '96) è stata aggiunta una sezione di domande per valutare la soddisfazione delle famiglie in merito all'esperienza proposta e agli strumenti utilizzati. Il giudizio espresso è stato largamente positivo.

Analisi dei diari

La compilazione dei diari, in particolare durante il primo anno dell'intervento educativo, non è stata eseguita del tutto correttamente: non sempre è stata compilata la sezione relativa ai sintomi, al di fuori delle crisi acute. Non ha significato pertanto valutare i risultati rilevati con tale strumento. La compilazione dei diari si è rivelata utile durante l'attacco acuto, la sua registrazione ha permesso al medico di valutare analiticamente: entità, durata e terapia dell'attacco acuto e di fornire quindi ulteriori informazioni e/o di confermare il comportamento dei genitori.

Conclusioni

Dopo la raccolta e l'analisi del primo questionario somministrato al G.S., e prima di iniziare l'intervento, sono stati individuati alcuni punti specifici sui quali cercare di intervenire in modo incisivo (in particolare fumo di sigaretta, attività sportiva, attività fisica spontanea, comprensione dei sintomi ed esecuzione della terapia), sia durante gli incontri collettivi sia in quelli individuali. Ciò è stato facilitato dal codice identificativo

del paziente, presente in ogni questionario che ha permesso di individuare i singoli pazienti sui quali "personalizzare" le informazioni. Per alcuni risultati del G.S. si evidenzia uno scarso miglioramento tra i due tempi di osservazione: in quasi tutti i casi si trattava di situazioni già buone a t0 e in questa condizione produrre un cambiamento significativo è molto difficile. L'intervento ha prodotto cambiamenti sia sui pazienti e le loro famiglie, sia sui medici partecipanti. La migliorata comprensione dei sintomi, le aumentate conoscenze sui farmaci e, secondo il parere degli autori, il miglior approccio relazionale medico-paziente hanno permesso una più corretta gestione della crisi asmatica acuta. A ciò ha contribuito anche il maggior controllo dell'ansia durante la crisi, esplicitamente comunicato dai genitori tramite il questionario e, direttamente, ai rispettivi medici. La convinzione di non dover limitare l'attività fisica spontanea e di favorire l'attività sportiva regolare è quantificabile nel maggior numero di bambini del G.S. che praticano tali attività al t1: ciò dimostra che i genitori hanno raggiunto la consapevolezza che lo stile di vita dei propri figli deve essere, a questo riguardo, il più possibile simile a quello dei coetanei non affetti da asma. I genitori hanno giudicato molto positivamente gli incontri collettivi, ritenendo utile non solo l'intervento dell'esperto, ma anche il confronto con gli altri; hanno richiesto interventi analoghi per il futuro. La scarsa compliance nella compilazione dei diari è stata probabilmente conseguente a non sufficiente incisività da parte dei medici partecipanti su questo argomento, si trattava della parte più ripetitiva e meno

Tab. 2. Stile di vita

Sintomi		(%) al tempo 0	(%) al tempo 1	Significatività ¹
<i>Asma da sforzo</i>				
Sì	Gruppo studio	14.9	14.9	
	Gruppo controllo	22.2	33.3	
<i>Presente fischio tra le crisi</i>				
Sì	Gruppo studio	68.7	50.7	5.5
	Gruppo controllo	57.1	57.1	0.25
<i>Presenza di asma notturno</i>				
Sì	Gruppo studio	66.7	52.0	4.35
	Gruppo controllo	70.0	53.3	1.45
<i>Assenze scolastiche</i>				
Sì	Gruppo studio	22.1	9.1	5.06
	Gruppo controllo	30.0	13.3	3.2
<i>Il bambino svolge attività fisica regolare</i>				
Sì	Gruppo studio	67.1	84.2	8.47
	Gruppo controllo	89.7	86.2	0
<i>Evita questi giochi nel periodo di benessere</i>				
Bicicletta	Gruppo studio	18.8	2.8	7.69
	Gruppo controllo	11.5	3.8	1
Nascondino	Gruppo studio	20	5.7	5.78
	Gruppo controllo	19.2	15.4	0
Corsa	Gruppo studio	22.9	11.4	
	Gruppo controllo	29.62	2.2	

¹ Test di MC Nemar, valore soglia utilizzato = 3.84

gratificante del compito spettante ai genitori. Inizialmente i medici del gruppo di coordinamento si sono scontrati con la difficoltà di passare da un intervento di tipo individuale ad un approccio di tipo collettivo. Astrarre dal proprio bagaglio culturale e dall'esperienza con il singolo paziente obiettivi, protocolli, approccio relazionale e strumenti per formulare ipotesi utili all'intervento collettivo ed applicabili ad un gruppo eterogeneo di medici e pazienti, ha prodotto un arricchimento personale e collettivo all'interno del gruppo.

L'uniformità di comportamento tra i medici partecipanti, resa possibile dall'aver adottato linee guida e protocolli comuni, ha realizzato un rinforzo dell'intervento educativo. La comunicazione delle informazioni non si traduce automaticamente in comprensione, comportamento ed atteggiamento adeguati: la relazione sui danni respiratori prodotti dall'inquinamento ambientale, ha comportato l'errata convinzione, nei genitori, che i loro figli non debbano svolgere più attività fisica all'aria aperta rispetto ai coetanei, nonostante fossero stati ribaditi, nella stessa occasione, gli effetti benefici di tale pratica.

Bibliografia

1. Clark N.M., Gotsch A., Rosenstock I.R. Patient, professional, and public education on behavioral aspects of asthma: a review of strategies for change and needed research. *Journal of asthma* 1993;30:241-255
2. Guidelines on the management of asthma. Statement by the British Thoracic Society, the British Paediatric Association, the Research Unit of the Royal College of Physicians of London, the King's Fund Centre, the National Asthma Campaign, the Royal College of General Practitioners in Asthma Group, the British Association of Accident and Emergency Medicine, and the British Paediatric Respiratory Group. *Thorax* 1993;48 Supplement S1-S24.
3. Bone R.C. The bottom line in asthma management is patient education. *Am. J. Med.* 1993;94:561-563
4. Hilton S., Anderson H.R., Sibbald B., Freeling P. Valutazione controllata di quali effetti abbia l'informazione del paziente sulla morbilità di asma in medicina generale. *Lancet (ed. it.)* 1986;3:362-366
5. Cattelan C. Il bambino affetto da asma: aspetti relazionali. Incontro con la neuropsichiatra infantile tenutosi a Bassano nel Novembre '94. *Non pubblicato.*
6. Bertin G. (a cura di) Valutazione e sapere sociologico. F. Angeli, Milano, 1995.
7. Acerbi L., Biasini G.C., Buzzetti R., Baronciani D., Contarini L., Farneti M., Tamburlini G. Pediatria di comunità: strutture, obiettivi, attività e criteri di valutazione. *Medico e Bambino* 1996;1:42-53.
8. Mastella G. Trattamento dell'asma cronico. Trattamento dell'accesso asmatico - Gestione domiciliare. Comunicazione personale.
9. Battistini A., Siepe F. Inquinamento extradomiliare ed intradomiliare come causa di patologia respiratoria nel bambino Società Italiana di Pediatria Sezione Emiliano-Romagnola Atti Convegno Pediatrico di aggiornamento Tabiano Terme 3 Giugno 1995

Commento

Il gruppo di pediatri dell'Associazione Culturale Pediatri "Jacopo da Ponte" ha fornito un saggio di iniziativa ben preparata e ben organizzata di intervento educativo su pazienti e famiglie per il trattamento dell'asma infantile.

Da questo report si deduce infatti non solo l'impegno che il gruppo ha dedicato all'operazione condotta nell'arco di 18 mesi, ma anche l'accuratezza nell'approntare strumenti efficaci (la modalità degli incontri, il libretto, la scheda per il trattamento dell'accesso, la scheda di diario) che meriterebbero di essere conosciuti. Il trattamento dell'asma infantile ed il miglioramento conseguente della qualità di vita raramente hanno successo quando, accanto ad un razionale piano di cura, sia offerto a bambini e famiglie un supporto informativo e pedagogico adeguati. È largamente riconosciuto che i fallimenti dei trattamenti prescritti sono prevalentemente dovuti a difetto di conoscenze e a difetto di gestione delle cure sia nella strategia di continuità sia nella modalità di somministrazione. Il poter trasmettere ai loro assistiti attitudini e sicurezza nella gestione complessiva della malattia era l'obiettivo del gruppo di Bassano. Tale obiettivo, stando ai dati di valutazione dell'intervento da essi riportati, sembra essere stato, in buona parte, raggiunto:

- *in particolare l'attitudine ad usare meglio e più tempestivamente i farmaci, riconoscendo meglio l'esordio dei sintomi di esacerbazione;*

- *l'attitudine a non sospendere rapidamente la terapia dell'accesso; l'attitudine, seppur contenuta, ad usare meglio le risorse fisiche del bambino/ragazzo.*

Lo studio di valutazione dell'intervento è assai meritevole perché raramente iniziative di questo tipo vengono sottoposte a verifica. Esso presenta tuttavia qualche incertezza di tipo formale sia nel disegno sia nell'esposizione e commento dei risultati, che qui viene evidenziata per qualche aspetto, solo perché rappresenta un'utile occasione di discussione metodologica.

- *Manca l'indicazione delle caratteristiche cliniche e il loro ambito di variabilità (entità e durata delle manifestazioni asmatiche) di entrambi i gruppi sia al tempo 0 che al tempo 1: questo impedisce un tentativo di correlare le modifiche di comportamento con l'entità di malattia.*

- *L'inserimento nello studio di un gruppo di controllo è molto apprezzabile: ma quanto omogeneo è esso al gruppo sperimentale? Se ne differenzia solo per la mancanza di intervento educativo organizzato o forse anche per altre caratteristiche che lo possono rendere poco comparabile? (una di queste è forse che i curanti sono medici generici e non pediatri?). Non è chiaro poi come sia stato somministrato (e da chi) ed eventualmente assistito il questionario ai due gruppi.*

- *Pur avendo applicato una corretta analisi statistica, nel valutare e commentare i risultati si tende a mettere sullo stesso piano quelli significativi e quelli non significativi.*

- *Nella tabella "stile di vita" si mescolano parametri di valutazione clinica (sintomi) con parametri di attitudine fisica (gioco, sport, attività), senza peraltro l'intento di correlarli. Circa lo stile di vita poi ci si chiede quanto esso non sia dissimile da quello più generale dei bambini nella nostra cultura iperprotettiva, sedentaria, video-dipendente.*



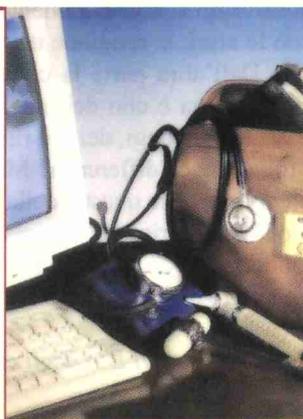
Scuola di omeopatia clinica

Diagnosi rigorosa, priorità alla realtà clinica e ampiezza della scelta terapeutica in funzione delle possibilità e dei limiti dell'omeopatia sono alla base della concezione medica del CISDO.

Dal 1980 impegnato nella formazione di Medici e Farmacisti in omeopatia, con la sua équipe di 70 medici docenti garantisce oltre 2.000 ore annuali di insegnamento.

GLI OBIETTIVI

- Acquisire la metodologia omeopatica nelle malattie acute e croniche
- Studiare ed applicare, con l'ausilio di casi clinici, i medicinali omeopatici nelle patologie acute più frequenti



Corsi di formazione per i Medici a.a. 1998-99

Il termine ultimo per le iscrizioni è il 20 settembre 1998

8 seminari da ottobre a maggio

Sedi
Bari, Bologna, Brescia, Cagliari, Firenze, Milano, Roma, Torino, Venezia

► **Una strategia terapeutica in più per curare il proprio paziente**

Per ulteriori informazioni



dalle ore 14.00 alle 18.00



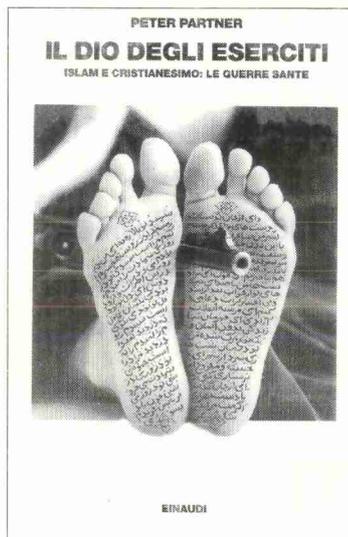
Centro Italiano di Studi e di Documentazione in Omeopatia

CISDO s.r.l.
Milano Oltre 2 - Palazzo Tigli
V.le Europa
20090 Segrate (MI)

Un impegno costante nella promozione e nella diffusione dell'omeopatia

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



La guerra santa incuriosisce e sgomenta proprio per l'antinomia di guerra e santità, di odio ed amore, di vita e di morte, di buona novella e di sangue.

Eppure nei secoli i popoli del bacino del mediterraneo, culla della civiltà occidentale, si sono attaccati, aggrediti, uccisi nel nome di Dio; di un Dio diverso ed opposto, ma pur sempre di un Dio guerriero e misericordioso.

Peter Partner si occupa, in questo volume forse troppo grosso, del *Dio degli eserciti* partendo dall'esame delle guerre fra Cristianesimo ed Islam. Del resto l'uno e l'altro abituali, fin dalle origini, a far marciare i fedeli per essere soldati di Dio.

Più antico il Cristianesimo, le cui scritture bibliche sono un esempio di superbi racconti di guerra, più recente, ma non meno guerriero, l'Islam. Ma le guerre sante non sono poi così biblicamente lontane. Le ultime sono ancora lì, con le rovine che fumano: c'è quella del Golfo, che Partner ricorda, ma a noi pare che tali siano state anche quelle della sventurata ex Jugoslavia. Sarajevo fuma ancora.

È esistito un modello di guerra santa nel mondo cristiano ed in quello islamico, si chiede Vittorio Grevi sul *Corriere della Sera* recensendo il volume?

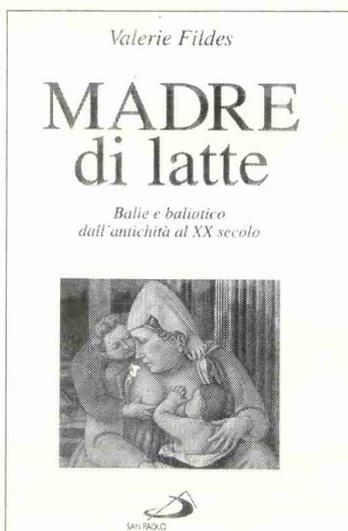
Le crociate, l'occupazione delle Americhe e dell'Africa per portare la religione e la croce ai selvaggi sono sicuramente un modello di interpretazione di un certo modo di portare, con le armi, la religione nel mondo che ha caratterizzato, nei secoli scorsi, il cristianesimo. Dall'altra parte la concezione che "il paradiso è all'ombra delle spade" e che la guerra santa è uno dei modi, fra i più gloriosi, per espandere l'Islam nel mondo è alla base, ancora oggi, dei più rigorosi movimenti fondamentalisti islamici.

Molta o poca differenza? Ma - ci chiediamo - importa saperlo? Ed è proprio qui il problema? Oppure questa, della presentazione religiosa delle "guerre di Dio", è solo uno dei modi per coprire gli interessi che si sono nascosti dietro lo schermo delle guerre di religione?

Le guerre di religione, in sostanza, sono state prima di tutto, e forse solo, *guerre*.

G.C. B.

Peter Partner *Il Dio degli eserciti*. Einaudi editore pp. 362, Lit. 44.000



E la figlia del Faraone disse: "Porta con te questo bambino e allattalo per me; io ti darò un salario". La donna prese il bambino e lo allattò. (*Esodo 2,9*)

Con questa citazione autorevole si apre il saggio di Valerie Fildes su balie e balia-tico, un'agile e ben documentata storia dell'allattamento al seno, mercenario e non, in ogni civiltà del pianeta, ma non solo.

L'autrice, biologa ricercatrice a Londra, che ha già al suo attivo diverse pubblicazioni sull'alimentazione infantile, con questo libro spazia anche dalla storia della medicina a quella del costume, partendo da 3.000 anni a.C. fino ai nostri giorni.

Ci racconta del mercato delle *nutrices* alle colonne *lactaria* del *Forum Olitorium* di Roma e dei *Bureaux des nourrices* della Francia del XVIII e XIX secolo, dove si andava a cercare una balia idonea per il nuovo nato di una famiglia abbiente. Ci ragguaglia sulle norme igieniche e sulle caratteristiche fisiche che una buona balia doveva avere, come raccomandato da Aulo Gellio, Sorano e Plinio a Roma o da Avicenna o Trottila di Salerno nel Medioevo.

Toglie il velo del romanticismo alla condizione tristissima delle madri lavoratrici dell'Europa della rivoluzione industriale, sottopagate rispetto agli uomini e per di più costrette ad affidare il proprio figlio, pur di mantenere il lavoro che le impegnava per

non meno di dodici ore al giorno, alle cure di una balia, il più delle volte non troppo costosa e perciò non sempre affidabile. Perché nei secoli delle balie non si è sempre parlato bene, a torto e a ragione. Erano indispensabili, questo lo sapevano bene, e perciò quando potevano cercavano di trarre il massimo beneficio dal loro lavoro, passando per avide e capricciose.

A volte trascuravano i lattanti che erano stati a loro affidati specie se poco pagate, e ancor di più se si trattava di trovatelli in carico ad Istituti di carità pubblica, periodicamente in carenza di fondi. Allora si assisteva allo sciopero delle balie, i bambini venivano restituiti agli orfanotrofi e pressoché inevitabilmente, allattati con latte animale e farine, morivano.

La comparsa del latte pastorizzato verso la fine dell'ottocento, il progressivo miglioramento delle condizioni lavorative della donna, la diminuzione del numero dei figli da dover far nascere conseguente alla riduzione della mortalità infantile, misero la madre in condizione di potersi occupare sempre di più personalmente dei propri figli. L'istituzione del baliatico entrò in crisi e rimase solo, come già lo era stato più o meno sempre in passato, uno status symbol per aristocrazia e ricca borghesia per poi scomparire del tutto ai tempi nostri. O meglio, quasi del tutto. In effetti l'intelligente soluzione delle banche del latte umano per risolvere il serio problema dell'alimentazione dei prematuri (il che vuole anche dire che chi non la pratica non è affatto intelligente) può essere interpretata come una resurrezione del baliatico, anche se, come descrive Valerie Fildes, ci aveva già pensato nel 1922 il dottor Julius Hess di Chicago assumendo controllatissime balie nella sua unità specialistica per prematuri.

Potremmo dire, a proposito di banche, una specie di ... baliomat.

L. P.

Valerie Fildes *Madre di latte*. San Paolo edizioni, pp. 373, Lit. 40.000

L' autore è un professore di psicologia clinica e psicopatologia all'Università di Parigi VIII, già tradotto in Italia con *Medici e stregoni (Manifesto per una psicopatologia scientifica - Il medico e il ciarlatano)*, scrittore "a tempo perso"; il tema una droga misteriosa che uccide i ragazzi di colore della *banlieue* parigina. Ma non è tutto qui.

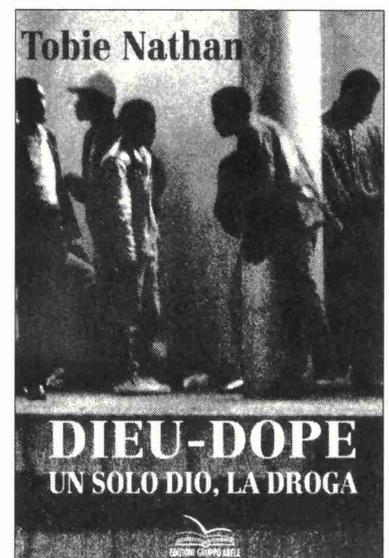
Si incontrano personaggi di colore: Corsaire, 'Eid e Babacar che lottano, vittime di due mondi, stretti nella morsa crudele dell'essere ormai solo figli di nessuno. Poi un ispettore di polizia, Musil, ex-comunista e spaesato quanto i ragazzi (anche se non lo da a vedere). E il vulcanologo Antoine Habt che passa come una meteora attraverso i convegni del pianeta ripetendo le sue massime (ad es. "Nessun vulcano è spento"), la piccola Youde, che passa il tempo a leggere i libri di storia in cui sono descritte le atrocità naziste. Per finire (ma sembra non finire mai il pullulare di umanità) con uno strano psichiatra, mezzo stregone e mezzo poeta, e la sua troupe di terapeuti dai poteri singolari.

Sarà proprio lui, in un'aula magna della Facoltà di Medicina di Parigi, a cercare di rispondere alla brutale domanda: "In sostanza, che cosa c'era proprio all'inizio?". C'è un'avvertenza iniziale, che può sfuggire, indicativa dello spirito "doppiogiochista" del romanzo: "*L'autore di un libro non può essere considerato responsabile del fatto che, talvolta, la vita imiti la letteratura*".

Il protagonista di *Dieu-dope* (*dope* è il termine che in gergo indica la droga), Nessim Taieb, psicoanalista di origine egiziana, alter ego di Nathan, è convinto che gli infiniti sistemi terapeutici elaborati da culture diverse da quella occidentale non sono necessariamente più "irrazionali" o "primitivi" della nostra medicina "ufficiale". Racchiudono invece un patrimonio concettuale degno di costante approfondimento, e sono i soli efficaci per chi da quelle culture proviene, con l'eredità di credenze e riti che hanno per secoli permeato la vita dei suoi antenati.

N. D.

Tobie Nathan *Dieu-dope*. Ed. Gruppo Abele, pp. 236, Lit. 26.000



UNA PEDIATRA IN GRAN BRETAGNA

di Vitalia Murgia

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 18-19

Durante un soggiorno a Swansea (Galles, 170.000 abitanti) ho frequentato per due settimane due surgery (cioè due strutture ambulatoriali) di General Practitioners (GP) inglesi. Le due surgery fanno parte di una unica Fund Holding; sono collocate l'una nel quartiere ricco ed è elegante, meglio attrezzata e più pulita; l'altra nel quartiere più povero, di stile più dimesso ma sempre ben attrezzata.

I G.P. lavorano in gruppi e strutturati in *Fund Holding* (società finanziarie che gestiscono un budget) anche se sopravvivono piccole surgery con un solo o due-tre medici. Il budget viene attribuito dal SSN, i medici lo gestiscono e devono coprire queste spese:

1. Costi per ospedale, visite specialistiche ed esami strumentali.
2. Servizi sanitari di comunità.
3. Farmaci.
4. Costi della gestione (segreteria, infermiere).
5. Costi di gestione.

È chiaro a cosa si riferiscano le voci 1, 2, 3; la 4ª voce garantisce la copertura dell'80% delle spese per il personale, la 5ª deve coprire tutte le spese per locali e attrezzature. I medici devono pagare il 20% delle spese di segreteria e garantirsi le ore di copertura della guardia medica. Non ci sono ferie; i medici si sostituiscono fra di loro. Lo stipendio del medico non è compreso nel budget; viene pagato dal SSN e il medico non può in nessuna maniera approfittare di un risparmio sul budget.

Il risparmio viene reinvestito in servizi: attrezzature, personale, più opportunità per l'utente. La *Fund Holding* che mi ospitava, con il risparmio sul budget degli anni passati, ha pagato l'unità di fisioterapia, che, aperta anche a pazienti paganti di altre surgery, sta garantendo un ulteriore ritorno economico. La gestione del budget è così complessa da richiedere la presenza nelle sur-

gery del Practice Manager esperto in problemi amministrativi e di parecchie segretarie. Il sistema di organizzazione per *Fund Holding* è così complesso e costoso che il governo laburista ha fatto slittare alla primavera del 1998 l'autorizzazione alla apertura di nuove fund holding e ha ventilato l'ipotesi, di assegnare il budget solo a strutture che garantiscano l'assistenza ad almeno 50.000 pazienti.

In pratica cinque o sei Fund Holding si dovrebbero unire, come se i medici di medicina generale di un nostro distretto si consorziassero tutti assieme, per ridurre gli altissimi costi di gestione: segretarie e manager, infatti, costano moltissimo.

Le surgery ed i G.P.

La "mia" surgery assiste 9.000 cittadini; vi lavora:

- uno staff composto da undici segretarie,
- un Practice Manager,
- uno staff di sei medici titolari e un tirocinante, (la surgery ha l'accREDITAMENTO come struttura didattica per preparare giovani medici ad operare come G.P.),
- uno staff di sette infermiere: *Practice Nurses, Districts Nurses ed Health Visitors*. Le *Practice Nurses* hanno molti compiti: vaccinazioni, rimozione punti, misurazione della pressione, prelievi per self help diagnostico (piccola laboratoristica per esami ematologici essenziali, prelievo ed invio al laboratorio con ritiro referti a carico della surgery), esami audio, visus, consigli dietetici, educazione sanitaria, controllo problemi circolatori, assistenza ai diabetici ecc. La *District Nurse* è addetta soprattutto all'assistenza domiciliare su richiesta del medico della surgery.

Le *Health Visitors* garantiscono supporto alle famiglie con bambini piccoli, anziani e disabili. Il libretto informativo distribuito a ciascun nuovo iscritto dice: *it is part of her job to visit small children under 5 and she is available in the surgery at the regular baby clinic*. Ogni assistito ha un proprio medico di riferimento, ma può essere visitato anche dagli altri.

Questa la giornata tipo dei G.P. La disponibilità per le chiamate urgenti comincia alle sette del mattino, quando cessa il servizio di guardia medica.

Sono rare le chiamate nella fascia oraria 07.00/09.00 del mattino. Alle nove inizia l'attività dei medici e l'orario di visite usualmente va dalle nove alle undici e dalle

quattordici alle sedici. In genere l'appuntamento viene richiesto nei giorni precedenti, e solo l'urgenza viene vista in giornata. Il tempo programmato per la visita è di sette minuti; sta poi al medico, allungare o ridurre i tempi. All'arrivo del medico in ambulatorio la segretaria gli consegna la lista degli appuntamenti ed egli ha il tempo per una valutazione veloce dei problemi utilizzando i dati che sono tutti computerizzati su computer in rete.

I dati sono tutti in memoria, insieme agli esami o visite specialistiche. Tutti i dati personali del paziente sono conservati su supporto magnetico e su carta.

Se il paziente esegue esami o visite specialistiche il referto arriva direttamente al medico, per cui i pazienti non possiedono alcuna documentazione. Se cambiano medico la loro documentazione viene trasferita al nuovo sanitario tramite la *local authority* (il distretto sanitario).

Terminato l'orario di visita il medico si trattiene per rivedere dei casi, fare telefonate o altro. Le surgery restano aperte fino alle 18.00, con un medico di turno. Alle 18.00 comincia la Guardia Medica. Nell'intervallo per il lunch, una volta al mese, ci sono incontri di aggiornamento organizzati a turno da ciascun medico su argomenti di interesse comune.

Oltre alle attività di cui sopra vengono garantiti altri servizi di II livello ed un buon self help laboratoristico e diagnostico. Ciascun medico è preparato per seguire un determinato gruppo di pazienti per età (bambini), o per un tipo di patologia: per questo tipo di lavoro "specialistico" viene pagato a prestazione.

Le attività svolte al 2° livello sono numerose. *Antenatal Clinic* e *Well Woman clinic*: nurse e medico donna assicurano la ginecologia e l'ostetricia di primo livello compresi pap test e applicazioni di spirale, o i controlli in gravidanza e in puerperio; in sostanza il lavoro dei nostri consultori familiari.

Baby Clinic: vengono assicurate visite filtro e vaccinazioni. Il bambino viene vaccinato pesato e misurato dalla nurse e visto per una brevissima visita dal medico della baby clinic, che è un G. P. che ha fatto un tirocinio in Pediatria. Altri servizi svolti sono mensili.

Well Person Clinic: controlli di salute generali per persone da 16 a 74 anni.

Diabetic-asthma clinic: per asmatici e diabetici non insulino dipendenti in collegamento con il centro diabetologico ospedalie-

LATTOBACILLI: MEGLIO VIVI!



BIFILACT®

Lattobacilli vivi

LATTOBACILLI PROTETTI

EFFICACIA E MAGGIORE VITALITÀ



FIDIA

ro e secondo un preciso protocollo.

Family planning: consulenza o gestione di tutti i problemi sulla contraccezione.

Pazienti sopra i 75 anni: vengono visti annualmente dalla practice nurse nella surgery: solo in caso siano non trasportabili può essere programmata una visita a casa.

Fisioterapia: l'accesso è a carico del S.S.N. per i pazienti in carico ai medici della surgery e a pagamento per altri pazienti.

Minor surgery clinic: per piccoli interventi chirurgici.

Medicina sportiva: per quanto connesso all'attività sportiva.

L'ospedale di Swansea e la pediatria di comunità

A Swansea c'è un ospedale con una Unità di terapia intensiva neonatale e un reparto di pediatria sul tipo dei nostri ospedali zonali. Le subspecialità sono a Cardiff, a 60 km. I reparti sono splendidi, moderni, allegri, colorati, adatti ai bambini. La gestione dell'unità di terapia intensiva consente l'accesso ai genitori e ai visitatori senza cuffia, copriscarpe, mascherina; le porte sono aperte e c'è un bel via vai di personale e germi e non so se abbiano più infezioni di noi. Gli ospedali hanno molta attenzione per gli aspetti relazionali. Ho visto una stanza arredata, molto confortevole, utilizzata per parlare con i genitori o per comunicare notizie sull'andamento della malattia del loro bambino; altre cinque stanze, annesse alla unità neonatale, hanno un letto per la madre, culla e bagno; qui le madri dei grandi prematuri passano con il loro bambino le ultime tre-quattro notti di ricovero prima della dimissione per imparare a convivere con i problemi legati al rientro a casa del loro bimbo. Non ho incontrato il pediatra di comunità ma ne ho conosciuto le funzioni: si occupa prevalentemente di "psychological assessments" per bambini con ritardo dell'apprendimento, di organizzare e coordinare gli interventi sui bambini con problemi di apprendimento, disturbi sensoriali, disturbi del linguaggio, ritardo psicomotorio, di tenere i contatti con i servizi sociali per i bambini con problemi socio-familiari gravi. Eseguo sempre meno interventi di tipo preventivo come i bilanci di salute. Per il comprensorio di Swansea, Port Talbot e Neath (circa 250.000 abitanti) vi sono otto pediatri di Comunità. Bisogna ricordare che i bambini nel Regno Unito sono affidati alle cure dei Medici di medicina generale.

Le impressioni

Vorrei fare qualche commento e qualche impressione sull'organizzazione del sistema e sulla qualità dell'assistenza. Il budget consente che le grosse surgery eroghino tutte le cure primarie comprese quelle che da noi vengono garantite dal distretto e in parte dall'ospedale. I medici sono molto soddisfatti: questo sistema permette di dare molti più servizi ai pazienti e rende i G. P. molto competitivi e forti rispetto alle altre strutture del S.S.N. Perché si abbia un attivo i fondi vanno spesi in maniera oculata scegliendo strutture che, a parità di qualità, costino meno; si limitano i ricoveri, si usano i farmaci secondo rigorosi criteri costi-beneficio. Questo modo di lavorare è stato criticato perché si pensa che possa comportare rischi per il paziente. In realtà il sistema costringe a seguire protocolli rigidi per la gestione dei casi e questo è bene se i criteri adottati sono rigorosamente scientifici. Il timore è che possa comportare una selezione dei pazienti perché quelli più gravi sono più costosi.

In quindici giorni non ho avuto modo di vedere molti pazienti con gravi problemi né bambini con patologia cronica perché lavoravo, a rotazione, con uno solo dei quattro medici ed assistevo quindi solo ad un quarto degli accessi giornalieri.

M'è parso interessante vedere come, nel rispetto di protocolli e linee guida comuni, rimanga spazio per far emergere la personalità di ciascuno nel rapporto con i pazienti, il che può voler dire che adottando criteri scientifici non si lede la espressione e la libertà personale. Bernard Lewis, il collega che mi ospitava, è il vero medico di famiglia, interessato ai problemi di salute, a quelli personali e familiari dei suoi assistiti. È molto amato per queste sue caratteristiche e lavorare con lui è stato un vero piacere. Nei più giovani mi è sembrato di notare meno calore umano e meno partecipazione. La qualità dell'assistenza? Cominciamo dai bambini che sono seguiti in maniera molto più sbrigativa ed approssimativa che da noi. Sono vaccinati, dall'infermiera, durante i bilanci di salute.

I medici hanno un bonus che aumenta con la percentuale di bambini vaccinati. Fanno delle regolari visite filtro nella baby clinic dove il 70% del lavoro viene svolto dalla nurse compresi i consigli sull'alimentazione, il comportamento ecc. Vengono visti per la patologia in maniera efficace e sbrigativa,

come piccoli adulti. Gli aspetti relazionali e di colloquio con i genitori su problemi educativi e comportamentali probabilmente non vengono trattati dal medico (non ho mai sentito una madre porre domande su questi argomenti). Hanno un loro spazio nella sala d'attesa con maxi recinto in legno e giochi per distrarli e perché non disturbino gli adulti che attendono.

Non scorrazzano, non toccano nulla nello studio, ma stanno rigorosamente in grembo alla madre dove vengono generalmente visitati. In generale il medico si rapporta con loro in maniera formale, come ad un adulto. Tutto questo è forse frutto di una educazione più controllata e meno permissiva. Gli adulti non vengono visitati moltissimo e solo raramente in maniera completa. Ho visto però in caso di necessità, effettuare visite ginecologiche ed esplorazioni rettali da tutti i medici; sempre e assolutamente in presenza della nurse se il paziente era donna e il medico uomo o viceversa. Vi è un uso molto corretto dei farmaci, un controllo costante dei prezzi. Se il consultant specialista cambia il farmaco ad un paziente cronico si valuta il costo a parità di efficacia. Non ho mai visto gestioni frettolose o superficiali, ma vi è una tendenza al dialogo ridotta rispetto a quella tra pediatra e genitore. Da un colloquio avuto con un paziente italiano che vive a Swansea da quarant'anni, ho ricavato l'impressione che talvolta il paziente possa sentirsi un ostaggio del S.S.N. Il paziente, in dialisi da moltissimi anni, non può tornare in Italia, dopo lo scandalo delle sacche di sangue infette, perché se si fa dializzare in un centro italiano, non verrà più dializzato in Gran Bretagna. Insomma il Sistema Sanitario mi è sembrato molto efficiente, con un notevole alleggerimento del carico di incombenze sia burocratiche che sanitarie per i medici, per le numerose presenze di supporto nella surgery che danno un aiuto sostitutivo relevantissimo.

Del resto in Gran Bretagna vi sono meno medici che in Italia (1.6 ogni 1.000 abitanti vs 4.7) e più infermiere (5 ogni 1.000 abitanti vs 3).

Il Sistema è fortemente orientato al sociale con un consistente aiuto alle famiglie con problemi, con anziani, bambini e disabili. Ho colto un forte impegno all'educazione sanitaria ed all'informazione. Anche se si riserva meno attenzione, almeno dal punto di vista prettamente medico, all'infanzia ed alla specificità dei suoi problemi. ■

La Managed care

Giancarlo Biasini

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 21-23

Abstract

Managed care

Managed care is based on the development and use at the primary care level of integrated care pathways for medical problems.

The adoption of this method reduces overlapping of interventions and promotes effectiveness.

Another important objective of managed care is to increase the patients' awareness of the value of rational use of resources.

Managed care is best suitable for health problems for which evidence-based guidelines can be established.

Keywords: Managed care, Guidelines

Il Case Management viene definito come *la pianificazione ed il coordinamento degli interventi assistenziali per indirizzare il paziente, e con lui la sua famiglia in un percorso di cura (mappa di cura) che gli permetta di "attraversare" la malattia evitando di incappare nella frammentazione delle opportunità assistenziali (1) garantendo la continuità delle cure.*

La metodica è sempre esistita, ma ha raggiunto una forte spinta negli USA, all'interno del Medicare, negli anni 80 quando ci si è reso conto che con la messa a regime dei DRG ci si trovava di fronte ad una dimissione precoce dagli ospedali ed il malato doveva essere in qualche modo gestito al di fuori dagli stessi dalle organizzazioni assistenziali.

Dal 1993 al 1996 le mappe di cura offerte nel Medicare sono raddoppiate pur con larghe differenze fra gli Stati, e con prevalenza di mappe nelle città e nel New Jersey, fra gli anziani, i bianchi e le persone con handicap (5). Secondo il regolamento del Medicare (marzo 1997) la mappa di cura, preparata da un gruppo di specialisti, dev'essere valutata se adatta al paziente dal medico curante, da una nurse specializzata e dev'essere rivalutata periodicamente. Il piano viene formalmente sottoscritto dal medico e dalla nurse, e serve per avere accesso a farmaci, dieta, servizi normali (laboratorio, ecg, Rx) e speciali (audiologia, ottometria, psichiatria, psicologia, podologia, terapia fisica ed occupazionale).

In un secondo tempo ci si è resi conto che con il Case Management si poteva anche evitare il ricovero ospedaliero ottenendo, per le Health Maintenance Organizations (HMO), forti risparmi. È nata, negli USA, per approfondire i problemi la Case Management Society of America (CMSA). Questa definisce la metodologia del Case Management come *un processo collaborativo che mette insieme piani, interventi, collaborazioni; che valuta opzioni e servizi disponibili per andare incontro ai bisogni di salute dell'individuo attraverso la comunicazione con lui al fine di realizzare un intervento che garantisca un risultato buono sia sotto il profilo del beneficio sanitario che economico (3).*

In Gran Bretagna non c'è stata un'adozione ufficiale per il Case Management; anzi nel 1994 (4) il NHS si esprime negativamente anche se, in seguito, l'atteggiamento è stato più prudente e tale da consentire esperienze limitate. Gli estimatori della Thatcher ritengono che, con la sua riforma e con la istituzione del budget per i medici generalisti, ella abbia in verità istituito una Primary Managed Care (6,7) amministrata dai fundholder (che sarebbero diventati delle mini - HMO) che gestiscono direttamente l'area delle cure primarie e contrattualmente, cioè con controlli finanziari, quella secondaria e terziaria. In verità il caso della ragazza inglese (3) che presentiamo a *pagina 23* sembra sfuggire alla logica della gestione del Practitioner ed assomiglia piuttosto ad una specie di passaggio in cura ai servizi territoriali.

La metodologia utilizzata nella Managed Care fu, fin dall'inizio, quella delle cosiddette mappe di cura che corrispondono dal punto di vista della gestione assistenziale a quelle che in clinica sono le linee guida o i protocolli.

Gli obiettivi della mappa di cura sono i seguenti:

1. Consentire che il malato stia il meno a lungo possibile in aree assistenziali dispendiose come quelle delle cure secondarie e terziarie e quelle di lungodegenza.
2. Far sì che il malato si renda conto che l'alto costo della permanenza in queste aree assistenziali non è un "valore" per lui; con ciò si trasforma in soddisfazione l'abbandono di queste aree ed il relativo risparmio;
3. Evitare le duplicazioni, le sovrapposizioni assistenziali che sono inutili per la salute, confon-

denti per il malato e dispendiose per le HMO.

4. Produrre un governo della domanda con l'uso di materiali informativi, educazione sanitaria, attività di nursing per limitare l'uso non appropriato dei servizi sanitari. In questi casi l'esperto di nursing, interpellato prima dell'accesso a qualsiasi servizio, indirizza l'assistito a servizi appropriati utilizzando protocolli in genere telefonici; questo operatore si paga abbondantemente con il risparmio prodotto. Dalle iniziative di governo della domanda si può facilmente passare al Case Management se si giudica che l'assistito ne abbia necessità.

5. Il Case Management è indicato per quelle malattie sulle quali le conoscenze terapeutiche sono esaurienti e per le quali si possono definire linee guida evidence based integrate fra area delle cure primarie e secondarie; esempi classici di patologie pediatriche sono il diabete, i tumori, l'asma, le cardiopatie congenite. Aree meno sicure sono l'AIDS, la fibrosi cistica, le nefropatie. La rottura delle barriere fra le due aree è uno degli obiettivi della Managed Care. Il Case Management è indicato anche per condizioni che abbiano una forte prevalenza locale. Anche la prevenzione si presta ad iniziative di management nel campo dell'adulto (prevenzione delle piaghe da decubito e di altre condizioni senili).

6. Condizioni indispensabili sono che:

- sia possibile fare un piano con sicura disponibilità di risorse;
- vi sia accettazione da parte sia del malato (che deve essere cosciente di ciò che gli accade)
- vi sia accettazione della struttura che paga;
- il piano, se complesso, sia frazionabile in sottopiani valutabili a parte. Si deve tenere conto che, per il paziente, è molto difficile abbandonare un piano per passare ad un altro e che l'accettazione del piano è fondamentale.

Garante, organizzatore e "comunicatore" della Managed Care è il Case Manager che deve garantire malato e HMO che il percorso assistenziale avviene in un sistema sicuro, efficace, economico; il Case Manager deve essere convinto che non è

impossibile una sinergia fra esigenze cliniche ed economiche. Ci si è accorti, ad esempio, che era "economico", ma anche sicuro e comodo per il paziente, e soddisfacente e partecipativo per il medico, collaborare ad un programma di preammissione del malato all'ospedale.

Il regista della Managed Care dev'essere un esperto di nursing e un perfetto conoscitore delle trafilate sanitarie (vedi il caso di Gianna), dev'essere capace di rendersi conto degli obiettivi dell'assistenza al paziente, dei suoi bisogni fisici ed emotivi e deve essere in grado di predisporre, con le necessarie collaborazioni, un piano di assistenza condiviso e di modificarlo in itinere.

La Managed Care è quindi un processo fortemente basato sulla conoscenza sia di dati clinici che economici, sull'esperienza, sulla capacità di controllare i dati clinici e comportamentali per sottoporre il problema del paziente a rivalutazione continua. Il Case Manager dev'essere quindi un valutatore soprattutto di risultati a lungo termine.

Il malato si deve rendere conto, attraverso la comunicazione con il Case Manager, che la uniformità garantita dalle cosiddette mappe di cura è per lui una garanzia di diminuzione della durata delle degenze, di personalizzazione delle cure, di eguaglianza assistenziale. Tutto questo non significa che la Managed Care sia negli USA una realtà consolidata. Essa è tuttora agli inizi (sono disponibili 30 piani di trattamento) anche se sembra avere grandi potenzialità e può essere di utile ammaestramento anche per i paesi europei.

Certi modelli sono osteggiati dai sindacati e soprattutto dalle Associazioni laiche perché hanno dimostrato di essere punitivi in quanto basati su linee guida mirate a ridurre i costi.

Altri modelli possono essere utilizzati da pazienti che erano sicuramente in grado di trarne profitto, ma non sono stati tentati in altri bisognosi di cure consimili e collocabili in altri snodi del protocollo. Non c'è dubbio alcuno che siano stati dimostrati risparmi di risorse (2), ma è anche certo che fino ad ora è difficile valutare i vantaggi per i pazienti, sia negli USA che in Europa, (4) anche se tutti concordano, a naso, che questi esistono. Le sole espe-

rienze testate sono quelle sperimentate all'interno degli ospedali nei passaggi da reparto a reparto che non sono del tutto indicative sul piano della complessiva validità (4). Nel New Jersey è stata documentata una significativa diminuzione della durata della degenza, del costo per caso, ed un miglioramento della soddisfazione dei "clienti". Questo miglioramento è però aneddotico e non è stato formalmente dimostrato. Né sono state dimostrati (1), anzi neppure valutati, miglioramenti della qualità della vita o di precisi outcome clinici come dolore, infezioni, ecc. In Gran Bretagna la cosiddetta Primary Managed Care è addirittura priva di metodi di sperimentazione (7), non ha subito alcun controllo di qualità che non siano quelli, finora non conclusivi e del tutto aneddotici, sulla qualità dei Fundholder, di cui *Quaderni acp* si è più volte occupato. Non entriamo nella discussione dei contratti che vengono discussi nelle Health Care Financing Administration per la estrema difficoltà del problema. Diamo, invece, qui di seguito un esempio clinico di Managed Care desunto dal *B.M.J.* (3).

Il caso di Gianna, ragazza diabetica in Case Management (3)

Gianna è una ragazzina inglese di 12 anni che va dal suo medico per poliuria, polidipsia e calo di peso. Viene fatta una diagnosi rapida (glucotest) di diabete. Secondo le linee guida locali, non essendo scompensata, il medico non la ricovera, ma la invia ad un ambulatorio per il diabete. Gianna ci va il giorno dopo. Viene esaminata dal medico e le viene prescritta insulinoterapia.

Per le istruzioni Gianna viene affidata ad una nurse specializzata che insegna alla ragazza ed alla madre l'uso della penna ed il controllo della glicemia. Poi la ragazza viene istruita sulla dieta, le si affida un video fornito da una ditta farmaceutica e le si insegna a controllare la sua situazione clinica. Le si pongono degli obiettivi specifici per la sua self care. Le vengono insegnati i modi per riconoscere i sintomi, le viene fornito materiale di con-

sultazione. Nelle due settimane seguenti la nurse specializzata visita a casa Gianna per vedere come vanno le cose; mette al corrente il medico e la nurse di comunità del distretto (surgery, vedi pag. 18); con quest'ultima si mette d'accordo per contatti e controlli mensili che avvengono nella sede della surgery; contatta la scuola e vi si reca a spiegare il problema. La nurse di comunità tiene in contatto l'area delle cure primarie (surgery) con quella secondaria (ambulatorio dedicato al diabete).

Il perno della Managed Care sono quindi la nurse di comunità e la nurse specializzata che sostanzialmente annullano la distinzione fra le due aree. Se l'annullamento - dice il B.M.J. che riporta il caso - avesse dovuto avvenire "istituzionalmente" ci sarebbero voluti anni di tentativi. Tutto il mondo, in fondo, è paese.

Per quattro anni Gianna fa controlli mensili nella surgery e trimestrali nell'ambulatorio per diabetici, ma ambedue le nurse ne sono al corrente; una volta all'anno fa il fundus e viene vista dal podologo. Ad un certo punto la ragazza, che ora ha 16 anni, manca a due controlli di seguito. Sei mesi prima le era stata consigliato, benché non sessualmente attiva, di effettuare contraccezione poiché aveva detto di avere un boyfriend.

La nurse di comunità fa una visita domiciliare e si rende conto che ella ha bisogno di supporto psicologico perché ha problemi nell'accettazione della malattia. Fra l'altro ha lasciato la casa dei genitori e vive con il suo boyfriend.

La nurse di comunità la convince ad accettare un colloquio con uno psicologo. Alla successiva visita nella surgery si mette in evidenza una microalbuminuria confermata per tre volte. La sua PA è normale, ma il protocollo nefrologico locale prevede a questo punto comunque il trattamento con un ACE-inibitore.

Gianna però "confessa" di avere sospeso la contraccezione tre mesi prima. Un test di gravidanza è positivo. Viene avviata all'ambulatorio ostetrico per ragazze diabetiche (comprende un ginecologo, una ostetrica, un diabetologo ed una nurse specializzati, un dietista, vedi pag. 18) dove la gravidanza viene seguita.

Il figlio nasce con un cesareo perché la sua ipertensione a 37 settimane diviene incontrollabile.

Bibliografia

1. Geary C.R., Smeltzer C.H. Case Management: past, present, future. *J. Nurs. Qual.* 1997;12:9
2. Hurley M.I. Case Management: communicating real savings. *Business & Health* 1996;3(March):29
3. Hunter D.J., Fairfield G. Disease Management

B.M.J. 1997;315:50

4. Lister R.L. European Healthcare trends. *Coopers & Lybrand. London* 1995

5. Hoadley J.F. Medicare Managed Care: choices and opportunities. *Medical Practice Management* 1997;July/August;17

6. Fry J.D., Light D.W., Rodnick J., Orton J. Reviving Primary Care: US-UK comparison N.Y. *Radcliffe Medical Press* 1995

7. Light D.W. From Managed Competition to Managed Cooperation: theory and lessons from the British Experience. *The Milbank Quarterly* 1997;3:297

Appuntamenti

"COMMUNITY PEDIATRICS FOR BETTER CHILD HEALTH"

19, 20 e 21 marzo
Katmandù (Nepal).

Il congresso si svolge al
"Kanti Children Hospital".
G.P.O. box 2668 fax 977-1-278522.
Email: hlmc@npl.helathhnet.org
Segretario organizzativo
Dr. D.R. Aryal.
Presidente Dr. Laxman Shrestha

BIFILACT®

Lattobacilli vivi

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO, SCHEDE TECNICHE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Denominazione della specialità medicinale. BIFILACT®. COMPOSIZIONE Ogni capsula da 300 mg contiene: Componenti attivi		
Lactobacillus acidophilus		1.10 ⁹ cellule vive
Bifidobacterium		1.10 ⁹ cellule vive
Altri componenti:		
Acido silicico	mg	10
Magnesio stearato	mg	4,5
Lattosio q.b. a	mg	300
Gelatina	mg	63,84
Titanio biossido	mg	1,52

FORMA FARMACEUTICA Capsule. **FARMACOLOGIA-TOSSICOLOGIA-FARMACOCINETICA** Saprofiti eubiotici dell'intestino umano. Equilibrano e reintegrano la flora batterica intestinale; inibiscono la colonizzazione dei germi patogeni con meccanismo di antibiosi; agiscono contro il dismicrobismo intestinale da chemio-antibiotici. **Farmacocinetica.** Colonizzano rapidamente, attivano le funzioni fisiologiche della flora intestinale e sopravvivono nell'intestino essendo componenti dell'enteroflora normale. **INFORMAZIONI CLINICHE.** Indicazioni terapeutiche.

Profilassi e prevenzione delle sindromi dismicrobiche gastrointestinali. Terapia del dismicrobismo intestinale da chemioantibiotici. **Controindicazioni.** Ipersensibilità verso uno dei componenti. **Effetti indesiderati.** Non segnalati; tuttavia qualora insorgessero effetti indesiderati collegabili all'utilizzo del farmaco informare il proprio medico. **Speciali precauzioni d'uso.** Non segnalate. **Uso in gravidanza ed allattamento.** Può essere somministrato. **Interazioni.** Non segnalate. **Posologia e modo di somministrazione.** 1 capsula 3 volte al giorno prima dei pasti. Per facilitare l'assunzione ai bambini ed ai lat-tanti, il contenuto della capsula può essere versato in un po' di liquido (acqua, latte, tè, ecc.) non caldo. **Sovradosaggio.** Non segnalate reazioni da sovradosaggio. **Avvertenze.** Tenere lontano dalla portata dei bambini. Non utilizzare il prodotto oltre la data di scadenza indicata sulla confezione. **Effetti sulla guida e sull'uso di macchine.** Nessuna interferenza. **INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. Incompatibilità.** Non segnalate. **Durata di stabilità.** 24 mesi a confezione integro. **Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare tra 2°C e 8°C. **Contenitore, confezione e prezzo.** 20 capsule: £ 11.500. **Titolare AIC.** Istituto Italiano Fermenti S.p.A. Sede legale e domicilio fiscale. Via B.40,42 - Milano - Cod. Fisc. N. 00714700150. **Concessionario di vendita.** FIDIA S.p.A. - Abano Terme (PD). **Produttore.** C.S.L. S.r.l. - Zelo Buon Persico (MI). **Operazioni di imbustamento blister e astucciamento anche presso.** FIDIA S.p.A. - Via Ponte della Fabbrica, 3/A - Abano Terme (PD). **Numero registrazione e data di commercializzazione.** AIC n° 028496014 - Settembre 1996. **Tabella di appartenenza DPR 309/90.** Nessuna. **Regime di dispensazione al pubblico.** Con ricetta medica ripetibile.





Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 24-29

In relazione al Piano d'azione del Governo Italiano per l'infanzia e l'adolescenza (Quaderni acp 1997;3:18) l'Associazione Culturale Pediatri, condividendo le linee generali espresse nello stesso, ritiene utile portare un proprio contributo per la migliore definizione di alcune problematiche e l'indicazione di possibili linee strategiche operative. La parte in tondo riporta dati, la parte in corsivo riporta i commenti a cura dell'ACP.

** Questo documento preparato da Dante Baronciani, e del quale pubblichiamo in questo numero la terza parte, è stato approvato dal Direttivo ACP e inviato alla Presidenza del Consiglio. La prima parte e la seconda parte sono state pubblicate rispettivamente nel numero 6, 1997 e nel numero 1, 1998 di Quaderni acp.*

Terza parte

Contributo al Piano d'azione del Governo Italiano per l'infanzia e l'adolescenza

Dante Baronciani*

Divisione di Patologia Neonatale, Ospedale di Lecco

Caratteristiche dei servizi pediatrici in Italia

Se la condizione della salute della popolazione infantile in Italia è quella riassunta nei punti precedenti può risultare utile analizzare brevemente quali sono le prestazioni erogate dai servizi predisposti alla cura dell'infanzia.

Le divisioni di Pediatria

I dati del 1992 rilevano in Italia circa 14.000 posti letto nelle 583 Divisioni ospedaliere di Pediatria con un regolare decremento dei reparti di Pediatria (erano 637 nel '71) e dei posti letto (decremento del 33% nel quinquennio '88-'92). I posti letto sono per il 91% negli ospedali pubblici, nel 3.7% negli istituti scientifici e nel 2.1% nelle case di cura.

La distribuzione delle Divisioni di Pediatria secondo il numero di ricoveri evidenziava (1992): 97 reparti con meno di 300 ricoveri annui, 80 con 300-499 ricoveri, 203 reparti con 500-999 e altrettanti con più di 1000 ricoveri annui.

Ogni anno si effettuano circa 1.150.000 ricoveri nella fascia d'età 0-14 anni. Il tasso di ospedalizzazione nella stessa fascia d'età è di 126 ricoveri per mille bambini; il 56% dei ricoveri avviene nell'area pediatrica mentre il restante 44% in reparti non appartenenti a tale area. L'aumento del tasso di ospedalizzazione negli ultimi anni, in modo analogo a quanto avvenuto in altri Paesi europei, può essere spiegato con la riduzione della durata media del ricovero che a volte determina la necessità di ricoveri successivi.

Nel primo anno di vita il 40% dei ricoveri è determinato da cause perinatali, altre principali cause sono le malattie dell'apparato respiratorio e malformazioni. Nella fascia d'età 1-14 aa le cause di ricovero sono: malattie apparato respiratorio (25.4%), incidenti (14.7%), apparato digerente (14.4%), malattie infettive (7.7%).

Il ricovero in ospedale è lo stadio finale di un processo che comprende lo sviluppo e lo stabilirsi di una condizione di malattia e del rapporto con i servizi sanitari dell'infanzia. Ognuno di questi stadi può essere influenzato da vari fattori quali lo stato socio-economico, le condizioni ambientali, l'organizzazione dei servizi e la loro accessibilità. Le variabili socio-economiche e ambientali hanno un peso considerevole nel determinare da un lato la malattia dall'altro il ricovero quale procedura d'intervento. Numerosi studi dimostrano che la maggior parte dei bambini accede ai servizi ospedalieri per decisione autonoma dei genitori senza alcun controllo da parte del medico curante. Studi effettuati a Napoli dimostrano che una percentuale elevata dei ricoveri ripetuti è fortemente determinata dalla situazione difficile della famiglia.

L'uso appropriato dei ricoveri ospedalieri ha ovvie implicazioni di ordine economico (l'assistenza ospedaliera è responsabile di oltre il 50% della spesa sanitaria globale) ma, soprattutto in ambito pediatrico, ha non meno rilevanti implicazioni di ordine etico, tenuto presente il danno psico-affettivo che inevitabilmente deriva al bambino dall'esperienza in ospedale. La degenza media nei reparti di Pediatria è drasticamente diminuita dai circa 15 giorni dei primi anni '70 agli attuali 3-5 giorni. Uno studio condotto, in ambito ACP, in 13 Divisioni di Pediatria ha evidenziato come il ricovero risultasse appropriato nell'84.5% dei casi (con un range tra il 68.5% e il 95.5%). Assai meno soddisfacente risulta l'appropriatezza delle giornate di degenza (media 3.4 giorni, range 1.8-6.2) per difetti di efficienza della organizzazione ospedaliera e cattiva qualità della collaborazione tra pediatria ospedaliera e pediatri di libera scelta.



È da rilevare come tali dati siano stati rilevati in ospedali che hanno volontariamente aderito allo studio e quindi siano soggetti a una possibile sovrastima della qualità dell'assistenza. Gli stessi autori hanno analizzato i ricoveri secondo i DRG utilizzati. Si evidenzia:

- L'introduzione dei DRG (così come è avvenuta) rischia di non rappresentare un impulso alla razionalizzazione dei ricoveri in termini di appropriatezza in quanto può incoraggiare l'incremento di ricoveri come strumento di sopravvivenza delle Divisioni di Pediatria e delle giornate di degenza in quanto i valori soglia definiti per la Pediatria sono generalmente molto più lunghi della degenza media e della moda).

- Vi è il rischio che vengano "allungati" i ricoveri brevi (inferiori alle due notti) che risultano "sottopagati" secondo tariffe monogiornaliere spesso inferiori ai costi reali, trattandosi per lo più di ricoveri ad elevato impegno di risorse diagnostiche ed assistenziali.

L'assistenza pediatrica extraospedaliera

Attualmente la pediatria di base impegna circa 6.000 pediatri, la copertura nella fascia d'età 0-6 aa è di circa il 60-70%, mentre quella per la fascia d'età 0-14 aa è di circa il 40%. La distribuzione territoriale tra Nord e Sud del Paese è abbastanza omogenea, lo stesso non può dirsi tra aree urbane e aree disagiate ove assai minore è la presenza di pediatri di base (nonostante gli incentivi esistenti).

Alla fine del 1991 funzionavano in Italia 2.542 consultori pubblici, l'attività pediatrica costituisce il 17-18% dell'attività complessiva dei consultori.

L'indagine campionaria Multiscopo 1988-1989 fornisce alcuni elementi di conoscenza sui controlli di salute cui sono sottoposti i bambini. Da tali dati si evidenzia:

- quanto maggiore è la scolarità materna tanto maggiore è la probabilità di controlli medici.

- Nel Sud i bilanci di salute (controlli medici indipendentemente dallo stato di malattia) sotto i 6 anni di età sono significativamente minori.

- Il diverso accesso alle cure odontoiatriche (pubblico vs privato) fa sì che nella fascia d'età 6-10 anni, mentre apparecchi correttivi sono prescritti all'11.5% dei

bambini residenti al Nord, la percentuale al Sud risulta del 4.8% e del 3.4% nelle isole. Analogamente, per la fascia d'età 11-13 anni si va dal 24% per i bambini del Nord-Ovest al 7% per i bambini meridionali e delle isole. Considerazioni del tutto simili a quelle svolte per le cure odontoiatriche, sulle differenze tra aree geografiche, possono essere fatte per le visite specialistiche oculistiche.

- Se si analizza il ricorso alle visite cardiologiche non si osserva lo stesso divario Nord-Sud in termini di frequenza, anche se si deve sottolineare un maggior accesso alle cure private nelle regioni meridionali (scarsa fiducia nel pubblico?).

Quanto descritto fin ora sottolinea che mentre per quanto riguarda la patologia acuta (quale può essere considerata quella cardiologica) l'accesso ai Servizi è piuttosto uniforme, quando si affrontano servizi che hanno anche un importante ruolo di prevenzione (vedi ad esempio l'odontoiatria) l'accesso sembra minore nelle Regioni ove più ampia è la fascia di disagio. Si può quindi concordare con quanto afferma Costa secondo cui: "L'introduzione del Servizio Sanitario sembra aver reso possibile la pari opportunità, per le diverse classi sociali, all'accesso al medico di base e all'ospedale; non è accaduto lo stesso per la medicina preventiva e specialistica".

La necessità di contenere i costi sanitari è problema generalmente condiviso da tutti; differenti posizioni si evidenziano sul come raggiungere tale obiettivo. Una ricerca ACP, dal titolo emblematico "meglio con meno", è stata condotta per valutare la qualità delle cure in relazione ai costi. È stato valutato il rapporto tra qualità delle cure e costi su problemi assistenziali comuni in pediatria attraverso l'analisi dell'iter diagnostico-terapeutico seguito da un campione di bambini per alcune patologie "indice". Si è analizzato l'iter completo del caso valutando i diversi interventi assumendo informazioni da pediatra di base e familiari. Per quanto riguarda l'analisi dei costi si è evidenziato come il 47.8% della spesa totale fosse determinata da ricoveri impropri che avrebbero potuto essere evitati con una diversa organizzazione delle cure. L'adesione a linee guida da parte dei pediatri

ambulatoriali consente viceversa di contenere, seppur limitatamente, la spesa con una maggiore efficacia in termini terapeutici.

L'analisi ha evidenziato che la qualità delle cure non è stata, nel complesso, soddisfacente nonostante il campione di pediatri di base avesse aderito liberamente allo studio (più motivato e più attento). Si è evidenziato come le linee-guida, per risultare efficaci, devono essere non solo condivise dal pediatra di base ma coinvolgere i pediatri ospedalieri e gli specialisti. Quest'ultima considerazione è di particolare rilevanza alla luce della tendenza attuale, da parte di alcune Regioni, di dividere rigidamente l'Azienda Ospedale dall'Azienda Sanitaria Locale. Il rischio reale è quello di aggravare la situazione, in quanto l'Azienda Ospedale potrebbe non aver alcun interesse a ridurre i ricoveri e la condivisione di linee guida da parte di operatori di diverse Aziende risulta assai problematica.

Lo scorporo dell'Azienda ospedale dal territorio ha determinato in Inghilterra la chiusura di prestigiosi ospedali ma anche la lievitazione della spesa che è cresciuta dal '91 ad oggi del 50%, mentre nello stesso periodo la crescita della spesa sanitaria nel nostro Paese è stata del 17%. La "concorrenza" tra Ospedale e territorio, in assenza di un'adeguata normativa sull'accreditamento delle strutture e di un valido regime di controllo delle prestazioni, rischia di avere effetti devastanti.

Quali sono le risorse che il territorio può impiegare negli aspetti di prevenzione se il suo ruolo essenziale è quello di pagare le prestazioni ospedaliere?

Come è possibile la "concorrenza" tra chi è costretto a operare con personale demotivato e di formazione specifica incerta e ospedali che sempre più offrono alta tecnologia (ad alti costi e sovente a bassa efficacia)?

Il riportare a unità gli interventi di assistenza nell'ambito delle cure dell'infanzia costituisce soprattutto un risparmio di risorse per l'eliminazione di duplicazione di interventi, soprattutto a livello territoriale ma anche nell'interfaccia tra ospedale e territorio (non ripetizione di esami, dimissione precoce per l'omogeneità di linee guida diagnostico terapeutiche).



Quello che risulta essenziale è una figura di coordinamento in ambito pediatrico.

Qualità della vita dei bambini italiani

Abbiamo analizzato i dati dei bambini che stanno male, e gli altri? Come vivono?

I dati della Multiscopo forniscono alcune informazioni di particolare interesse. Ancora una volta emerge uno svantaggio per i bambini meridionali, anche se deve essere sottolineato come le percentuali risultino comunque preoccupanti per l'insieme della popolazione infantile italiana.

- Il 21.8% dei bambini italiani (0-10 anni) stanno da soli o sono affidati a "non adulti". Il tasso è naturalmente diverso a seconda delle età dei soggetti, ma il Sud in entrambe le classi di età presenta valori superiori alla media (il 13.5% per i bambini 0-5 anni e il 30.9% per quelli della fascia d'età 6-10 anni).

- Se si prende in esame il dato relativo al luogo ove passa il tempo il bambino si scopre con stupore che i bambini meridionali che frequentano "spazi aperti" sono meno di quelli delle altre aree geografiche (quoziente percentuale del 7.6% contro il 16% del Centro).

- Se si prende in considerazione il luogo ove giocano i bambini (3-13 anni) emerge che i bambini meridionali utilizzano di meno giardini condominiali, giardini pubblici attrezzati, campi e prati (!), mentre sono al primo posto nell'utilizzo di "strade chiuse" quale luogo di gioco (quoziente del 15.8% nel Sud e 17.9% nelle isole). Persino la frequenza delle parrocchie è minore al Sud e nelle isole (rispettivamente un quoziente del 10.5% e 8.7%) rispetto al Nord-Centro (dal 19.5% al 14.1%).

- Il tasso di bambini che giocano spesso "da soli" oscilla attorno a valori del 18% (!) indipendentemente dall'area geografica, se si esclude l'area del Nord-Est ove il valore è del 25.4%. I bambini meridionali non risultano quindi particolarmente privilegiati. Tale dato è indirettamente confermato dal fatto che alla domanda "gioca con amici o compagni di scuola" i bambini meridionali rispondono "mai" nel 22.3% dei casi, che rappresenta il tasso più alto di tutte le aree geografiche.

- I bambini residenti nelle regioni meridionali e nelle isole passano più tempo dei

loro coetanei davanti alla televisione. La "cartoon-dipendenza" è inferiore all'ora al giorno solo per l'11-12% dei bambini italiani, ma i bambini delle regioni meridionali hanno percentuali più elevate nel gruppo di soggetti che guarda la televisione per più di tre ore al giorno (15.6% per il Sud e 20.9% per le isole).

Emerge un quadro che sembra associare al disagio socioeconomico anche un quadro di maggior rischio di isolamento, ma è la qualità della vita dell'intera infanzia che può essere oggetto di profondi mutamenti. In una società formalmente puerocentrica l'infanzia rimane di fatto invisibile. Il tempo del bambino è, nel complesso, segnato dai tempi decisi dagli adulti: la scuola, i compiti, la televisione, la frequenza di corsi sportivi, danza, musica... Gli spazi per l'infanzia vengono sbandierati come fiori all'occhiello delle amministrazioni quasi fossero regali indice di particolare sensibilità.

Quello che manca è ... la conoscenza della Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia del 1989. Tale convenzione, come afferma il Rapporto 1996 sulla condizione dei minori in Italia; "non si risolve in un arido codice di diritti riconosciuti al soggetto in formazione, né tende solo a tutelare i bambini dai vari possibili abusi. Essa non solo vieta comportamenti illeciti ma esige interventi positivi ... Si tratta di realizzare:

- il diritto ad un'istruzione che non sia mera acquisizione di nozioni.

- Il diritto al pieno rispetto della propria identità individuale e sociale.

- Il diritto ad una salute che non può significare mera assenza di patologie ma deve contribuire principalmente a realizzare il benessere dell'intera persona.

- Il diritto al riposo e allo svago che non si risolva in un mero consumo del tempo libero, sulla base di bisogni indotti e della ricerca solo di uno stordimento in una massa vocante.

- Il diritto a ricevere apporti positivi, e quindi a non subire rappresentazioni banalizzanti o distorcenti della vita individuale e di relazione, per divenire un bambino reso capace di una vita responsabile in una società libera, in cui anch'esso deve essere portatore di uno spirito di comprensione, pace, tolleranza, eguaglianza e soli-

darietà. "Come rendere praticabile tutto ciò. È necessario che nelle diverse realtà locali si istituiscano reali collaborazioni tra gli Enti locali, le diverse agenzie che si occupano d'infanzia (scuola, sanità) e tutte le forme di associazionismo. Sono in atto importanti esperienze (Fano, Torino, Napoli, Perugia e altre) di impegno delle amministrazioni comunali nel ridisegnare la qualità della vita dei bambini con il concorso dell'insieme della cittadinanza. Costruire la "città dei bambini" come afferma F. Tonucci non significa costruire "spazi protetti" per l'infanzia ma modificare tempi e spazi nella vita quotidiana. Si tratta di coinvolgere l'insieme delle forze, dalla scuola ai commercianti, dall'associazionismo agli anziani per ridiscutere insieme il modo di vivere la città.

Strategie di intervento

Scolarità e salute: obiettivo prioritario

I dati riportati in questo documento sottolineano il ruolo fondamentale che ha la scolarità dei genitori nel costituire un fattore di protezione per la salute del bambino. Nel nostro Paese solo il 20% di adulti ha il diploma di scuola secondaria; si rileva un basso numero di iscritti alla scuola secondaria superiore (60.2%) con una elevata mortalità scolastica (tasso di riuscita del 43% vs media Ocse del 76.9%).

Il dato che "38 bambini su 1.000 tra 11 e 14 anni abbandonano la scuola senza un titolo di studio adeguato al tempo speso per la loro istruzione" sta a significare che i ragazzi in tale condizione assommano a circa 90.000 (la popolazione stimata per questa fascia d'età è pari a 2.360.000 soggetti). Uno studente su dieci ha ripetuto almeno una classe nella scuola dell'obbligo. I dati rilevano che tale fenomeno è costante nel tempo.

Se la bocciatura e l'abbandono scolastico possono essere in parte determinati nella scuola superiore (della quale non si opera alcuna analisi in questa relazione) da una incapacità del sistema scolastico ad adeguarsi alle aspettative dei giovani (materie complesse e "lontane" dagli interessi); per quanto riguarda la scuola dell'obbligo esse sono essenzialmente il risultato di una condizione familiare svantaggiata.

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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



A questa condizione si aggiunge per quanto riguarda le regioni meridionali una carenza importante sul piano strutturale.

I doppi e i tripli turni nel Sud-Isole riguardano l'11% dei bambini frequentanti la scuola elementare (contro un 6.4% dei bambini del Nord e il 5.4% del Centro); il 9.2% dei bambini frequentanti la scuola media nel Sud (contro rispettivamente il 6.8% del Nord e il 3.6% del Centro).

Il Sud e le Isole presentano percentuali sensibilmente più basse per quanto riguarda la popolazione scolastica che usufruisce di refezione scolastica, palestre disponibili, biblioteche, sale computer, laboratori linguistici.

Si verifica quindi nel complesso una mancata inversione di tendenza nel rapporto Nord-Sud; i miglioramenti che si sono verificati nelle condizioni di vita delle popolazioni non hanno corretto il divario esistente, ma in qualche modo tendono ad aumentarlo creando sottopopolazioni (si pensi alle giovani, donne e meridionali) che rischiano di non aver alcuna possibilità di uscire da una condizione di emarginazione.

Questi dati evidenziano come la "pari opportunità", che peraltro, viste le condizioni del Mezzogiorno, avrebbe dovuto essere impari (cioè direttamente proporzionale alle aree di disagio), è in realtà "pari" solo sulla carta.

Non è scopo di questa analisi entrare sul perché di questa grave inadeguatezza dell'intervento pubblico che tuttavia non può essere misconosciuta.

Come afferma E. Pattarin la profonda disuguaglianza tra Nord e Sud del Paese "non costituisce un problema nuovo se, da oltre dieci anni, il Censis continua a mettere in evidenza l'enorme divario territoriale che esiste, sia nella quantità e qualità delle strutture scolastiche, sia nella loro fruizione da parte degli utenti, spesso inevitabilmente connessa al basso livello dell'offerta formativa".

L'abbandono scolastico è strettamente connesso alla questione del lavoro minorile. È questo un argomento praticamente assente nella prassi quotidiana del pediatra; il bambino che lavora è assai raro che abbia un pediatra di fiducia.

Ciò non comporta necessariamente che chi afferma di essere "tutore" della salute

infantile possa misconoscere questa problematica.

I dati relativi al lavoro minorile non sono particolarmente esaustivi. Dati di notevole interesse sono quelli relativi agli infortuni sul lavoro da fonte INAIL per il periodo 1987-1991, che evidenziano un costante incremento dei valori. Nella fascia d'età fino a 14 anni si rilevano nel 1991 1.628 infortuni, con 71 esiti permanenti e 2 morti. Nella fascia d'età 15-19 anni gli infortuni nel 1991 sono 56.280, con 1.493 esiti permanenti e 51 morti. I dati sono probabilmente sottostimati, soprattutto per quanto riguarda i soggetti con età inferiore ai 14 anni.

È interessante rilevare come mentre per quanto riguarda la fascia d'età inferiore ai 14 anni sul totale degli eventi il 15.4% si verifica in agricoltura, il 36.9% nell'industria e ben il 47.7% nel settore artigianato; per la fascia d'età successiva i rispettivi valori sono l'8.2%, il 51.4% e il 40.4%. I dati elevati riscontrati per quanto riguarda l'artigianato devono essere valutati alla luce del fatto che sotto tale dizione non deve sempre essere inteso il "maestro di bottega", ma sovente questa categoria nasconde la realtà di piccole imprese industriali o la realtà del lavoro in appalto, luoghi ove minore è la tutela della sicurezza. Nessun dato, naturalmente, su quanti minori siano interessati dal "lavoro nero".

L'abbandono scolastico e i curricula irregolari non costituiscono solo un dato che ha un'importante ruolo rispetto al benessere del bambino ma si riflettono pesantemente sul disagio nella vita adulta e sulle successive generazioni.

L'investimento prioritario per tutelare la salute dell'infanzia, oggi e domani, è quello destinato alla formazione.

Il disagio: la riforma dello stato sociale

Nei Paesi industrializzati la distribuzione del reddito costituisce il principale determinante dell'aspettativa di vita alla nascita, tanto che la crescita di quest'ultima è stata più veloce in Paesi, quali il Giappone, che hanno raggiunto una distribuzione del reddito più equa. Un altro dato rilevante riguarda la distribuzione del reddito all'interno delle famiglie; un aumento dell'accessibilità delle donne al reddito porta ad una migliore salute dei bambini. Si trat-

ta di andare ad una politica di redistribuzione dei redditi da una parte e dall'altra, ad una offerta dei servizi con politiche selettive in positivo, volte a favorire specificamente i gruppi di popolazione maggiormente sfavoriti o esclusi.

In un quadro di questo tipo deve essere sottolineato come l'impegno dello stato italiano rispetto alle politiche sociali sia fortemente sbilanciato, a tutto svantaggio dell'infanzia, come si desume dai dati riportati in tabella.

Oltre a questa sperequazione la burocratizzazione della riforma sanitaria ha comportato la falsa idea che il fornire un servizio "eguale per tutti" significasse una "risposta equa". In realtà il persistere di disuguaglianze strutturali comporta che l'accesso ai servizi, la risposta a interventi

Tab. 1. Distribuzione spesa sociale

Paesi	0-14 anni	15-64 anni	>65 anni
Canada	100	72.0	265
Francia	100	51.4	263
Germania	100	59.5	316
Italia	100	110.0	380
Giappone	100	44.0	235
Gran Bretagna	100	53.3	213
Svezia	100	43.0	234
Stati Uniti	100	66.9	381

di educazione sanitaria o ad interventi di prevenzione siano profondamente differenziati per i diversi gruppi sociali.

Il complesso della spesa sociale, e di quella sanitaria, nel nostro Paese non è superiore a quella delle altre nazioni europee. Quello che caratterizza, nel nostro Paese, la spesa è il fatto che essa non costituisce un investimento ma ha pure caratteristiche di tipo assistenziale (o in qualche caso di mancia corporativa a determinate categorie). Spostare la spesa verso le nuove generazioni e le famiglie povere significa operare un investimento sul futuro. Se si riesce ad evitare che le future generazioni siano ancora caratterizzate da alti tassi di genitori con scolarità inferiore, da alti tassi di disoccupati, si avranno meno malattie legate al disagio e figli più sani;



questo, al di là di considerazioni di tipo etico, eviterà un aumento esponenziale della spesa sociale.

Il disagio: lo sviluppo delle cure primarie

A partire dagli anni '80 il profilo dei bisogni di salute in età evolutiva sta rapidamente mutando nella direzione di:

- un'ulteriore riduzione dei bisogni relativi alla salute fisica e derivanti da patologie acute,

- un aumento (relativo) dei problemi legati alle patologie croniche e disabilità, e di problemi di salute in gruppi sociali svantaggiati;

- un aumento (assoluto) delle problematiche relative al disagio psico-sociale ed alla salute mentale, in particolare dell'adolescente.

Comprendere i fattori che "generano" il disagio non è pura esercitazione accademica o questione che spetta ai sociologi. Si tratta, in realtà, di comprendere da un lato i limiti del nostro intervento e dall'altro di modificare la offerta dei servizi privilegiando le fasce più deboli della popolazione. Le percentuali rischiano di "nascondere" l'entità del problema. È questa senza dubbio una asserzione in qualche modo provocatoria; l'intenzione è quella di sottolineare come alcuni elementi di benessere raggiunti dalla maggioranza della popolazione non possono nascondere la dimensione del fenomeno del disagio minorile. I valori assoluti riportati nella tabella sottostante danno un quadro realistico del problema. Naturalmente in molti casi le dimensioni del disagio si sovrappongono, in quanto lo stesso soggetto può essere classificato come povero e risultare tra quelli che hanno abbandonato la scuola dell'obbligo (il dato, visto quanto detto, non ci stupirebbe affatto).

D'altra parte va rilevato che altre situazioni di disagio non sono state affrontate in questa trattazione (ad esempio per quanto riguarda i minori con genitore tossicodipendente o carcerato). In una società quale quella che si va sviluppando nel nostro Paese buona parte della popolazione gode di un discreto stato di benessere e ha come conseguenza un discreto stato di salute (vedi l'aumento dell'attesa di vita); l'altra parte vede sempre più negata la possibilità di uscire dal proprio ruolo di

emarginazione.

Si pensi in tal senso alla difficoltà di combattere nel Meridione il fenomeno dell'abbandono scolastico a fronte di una prospettiva di disoccupazione che proprio nel Sud presenta non solo valori più alti in assoluto ma che colpisce più pesantemente i giovani e le donne.

Una risposta a queste problematiche non può che venire che da una strategia che

- promozione di ambienti e stili di vita sani sul piano individuale e comunitario,
- prevenzione di malattie infettive, degenerative, disabilità e disturbi psicosociali,
- prime cure per patologie correnti e per problematiche di natura psichica e psico-sociale,
- riabilitazione di disabilità e di situazioni di disagio psicosociale. È evidente che la piena realizzazione di queste funzioni

Tab. 2. Stima del numero di soggetti con situazioni di potenziale vulnerabilità o con situazione riconosciuta di rischio sociale.

	N° soggetti	N° soggetti/anno
Gravidanza in soggetto minorenni		8.000
IVG in soggetto minorenni		3.700
Bambini non riconosciuti		7.000
Famiglie monoparentali	431.000	
Affido per separazione/divorzio		55.000
Decreto affidamento pre-adoitivo		1.000
Assistiti presidi residenziali	45.000	
Abbandono scuola obbligo		30.000
Soggetti con malattia cronica	48.000	
Soggetti con malformazione		9.000
Casi di abuso	42.000	
Famiglie multiproblematiche	100.000	
Soggetti con problemineuro-psichici, comportamentali	120.000	
Minorenni denunciati		45.000
Minorenni Istituti penali		2.300
Minorenni vittime reati		2.500

investa fortemente nelle cure primarie. Le cure primarie sono "le cure essenziali, basate su metodi e tecnologie scientificamente provate e socialmente accettabili, rese accessibili agli individui e alle famiglie a un costo che la comunità ed il Paese possono sostenere" (Dichiarazione di Alma Ata 1978).

In quella dichiarazione, partendo dal riconoscimento della multifattorialità dei problemi di salute, si indica la necessità che le cure primarie intervengano su tutti i principali fattori in grado di determinare lo stato di salute (igiene, nutrizione, educazione, urbanistica, comunicazioni...), e di conseguenza la forte sottolineatura della componente di prevenzione e promozione delle cure primarie e del necessario approccio intersettoriale che ne deriva. È possibile individuare, dopo quanto detto, le funzioni essenziali delle cure primarie per l'infanzia:

implica attività che vanno al di là della semplice sommatoria dei servizi. Si pensi, ad esempio, al ruolo che le amministrazioni locali, l'associazionismo e la scuola possono svolgere per garantire la fruibilità da parte dei bambini del territorio urbano o nel modificare i tempi che scandiscono la giornata del bambino. Per poter attuare un progetto di questa portata è necessario che alcuni cambiamenti siano introdotti nella struttura organizzativa dei servizi e che sul piano legislativo si contrasti fortemente la spinta alla rigida separazione delle competenze che oggi va profilandosi.

L'integrazione delle competenze

Il pediatra non sa riconoscere i segni del disagio, non solo quelli dell'abuso fisico ma quelli, già presenti alla nascita, delle difficoltà sociali e relazionali. La sua formazione universitaria non gli ha fornito alcuno strumento diagnostico e soprattutto



non gli ha insegnato a dialogare con gli altri operatori. È abituato, nel migliore dei casi, a “segnalare” il caso ai servizi sociali, non a costruire un progetto con questi né con gli operatori della scuola, con il Tribunale dei Minori, con gli altri operatori del territorio.

Affermare che i pediatri debbono assumere questi problemi nell'ambito della propria professionalità significa rendersi conto della parzialità del proprio apporto, comprendere che a famiglie multiproblematiche debbono essere offerti interventi settoriali, a cui il pediatra è chiamato a partecipare o dei quali, a volte, può essere il coordinatore.

Si tratta evidentemente di un campo di notevole interesse per quella pediatria di comunità che con grande fatica si sta costruendo nel nostro Paese.

Se la pediatria di comunità non è semplicemente sinonimo dell'istituzione di una nuova figura professionale, ma sviluppo di una funzione trasversale alle diverse figure professionali, la riflessione sulle dimensioni della disegualianza sta alla base della programmazione.

A livello dell'Azienda sanitaria è necessario che si identifichi un coordinamento delle funzioni sopraelencate e con l'individuazione, assieme agli operatori coinvolti (anche se appartenenti a servizi tuttora separati e frammentati), di obiettivi a breve e medio termine, di azioni conseguenti e di un sistema di valutazione. Questa funzione di coordinamento deve svolgersi possibilmente nell'ambito del Dipartimento per la salute della donna e del bambino. La figura di coordinatore che è stata tratteggiata è simile a quanto esiste nel Regno Unito sotto la denominazione di “consultant in community pediatrics”. La definizione di un tale ruolo riguarda soprattutto la possibilità di progettare interventi d'intesa con gli interlocutori extra-sanitari (Comuni e circoscrizioni territoriali, scuola, Tribunale dei Minori, servizi sociali, associazionismo, forze dell'ordine...). Concepirsi come momento organizzativo di cure primarie intese nella loro globalità significa dunque non solo fare opera di coordinamento di operatori dei servizi territoriali direttamente dipendenti dalle Aziende Sanitarie, ma svolgere opera di promozione e facilitazione di quelle

strategie tipicamente intersettoriali che possono assicurare successi reali nel campo della salute del bambino e dell'adolescente. Senza una definizione legislativa di questo ruolo di coordinamento (non obbligatoriamente pediatrico) sono possibili solo attività volontaristiche (in atto in alcune realtà) che rischiano di produrre interventi faticosi e di bassa efficienza ed efficacia.

Il contesto operativo degli interventi si realizza ovviamente a livello di distretto. È quindi necessario che per ogni distretto vi sia almeno un pediatra di comunità (ogni 8.000-9.000 soggetti se vi è una copertura ottimale da parte dei pediatri di libera scelta). Questi, assieme agli altri operatori, dipendenti o convenzionati, coordina lo svolgimento di quelle attività specifiche della Pediatria di comunità, che sono riportate nel documento dell'ACP, e in alcuni casi (zone disagiate) li svolge direttamente in collaborazione con altri operatori, nonché si adopera, nell'ambito del Distretto, per la realizzazione degli interventi più ampi, di tipo intersettoriale, promossi e coordinati a livello di Azienda sanitaria locale.

Sul piano finanziario è possibile, come dimostrato in più parti di questo documento, riconvertire la spesa senza ulteriori oneri. Si tratta da un lato di spostare risorse dalle cure ospedaliere (dai piccoli ospedali) alle cure primarie, di abbattere la spesa di medicina predittiva (screening, campagne di informazione sanitaria non valutate...) a favore della medicina preventiva (interventi sul disagio), d'investire per una formazione degli operatori delle cure primarie attraverso la definizione di piccoli progetti che prevedano formazione e valutazione.

Il perché di questo contributo

L'obiettivo è stato quello di esprimere delle posizioni chiare in difesa dei bambini e della loro salute, nel rispetto di alcuni principi, quali:

- la promozione della salute in tutti i suoi aspetti, secondo un concetto di salute: il più positivo possibile, da intendersi non come assenza di malattie, ma come stato di “benessere fisico, psichico, sociale” (vedi definizione dell'OMS); il più completo ed esaustivo possibile, comprendendo la pre-

venzione primaria della malattia e del disagio, l'educazione alla salute, la diagnosi precoce, la cura, la riabilitazione, la palliazione, la sorveglianza...;

- la continuità dell'assistenza, per mantenere traccia degli interventi effettuati sul bambino, legandoli ai precedenti ed ai successivi;

- l'integrazione dei servizi forniti ai bambini ed alle loro famiglie, per mettere in atto le migliori sinergie possibili tra tutto il personale che, a qualsiasi titolo, ruota loro intorno, e per non trascurare le dimensioni psicologica e sociale dei problemi;

- il rispetto dell'autonomia delle persone, per considerare appropriatamente gli elementi utili a scegliere tra decisioni alternative, tenendo conto delle preferenze e promuovendo una relazione paritaria tra personale socio-sanitario da una parte, e bambini-genitori dall'altra;

- la cura delle persone nell'ambiente appropriato ed al livello appropriato;

- la partecipazione della comunità alle scelte di natura socio-sanitaria che la riguardano, nel rispetto del principio secondo il quale la comunità costituisce non solo la destinataria dei nostri interventi, ma la risorsa forse più importante a nostra disposizione.

L'atteggiamento di difesa dei bambini ci deve condurre a offrire loro servizi ed interventi di QUALITÀ, caratterizzati cioè da efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, appropriatezza, sicurezza, competenza, e non dimenticando comunque mai il fatto che la salute non dipende che in minima parte dalla sanità e dai servizi sanitari, essendo fortemente condizionata dal livello socio-economico e culturale di un paese, dalle condizioni abitative, dalle scelte politiche, e da molti altri fattori. In coerenza con i principi sopra esposti, emerge la necessità che anche la componente pediatrica possa riconvertirsi, grazie a opportuni percorsi formativi e adeguati spazi di ricerca, dalla vecchia figura del “dottore dei bambini” ad un nuovo modello di medico capace di analizzare e soddisfare i bisogni dei singoli, ma anche della comunità, e fornito di una cultura che comprenda anche la conoscenza e la padronanza di elementi di epidemiologia, di etica, di economia, di psicologia, di management. ■

X Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri

“Bambini senza medicine”

Taormina (ME)- Palazzo dei Congressi 23-25 Ottobre 1998

“L'ACP intende il suo Congresso annuale come un momento di riflessione sul ruolo e la cultura del pediatra nella società che cambia, e come luogo di incontro e confronto tra i gruppi locali. Si fa il punto di progetti e iniziative nate uno o due anni prima e vengono formulate nuove proposte. Si discute di politica sanitaria, di rapporti con altri operatori e con gli utenti, e naturalmente ci si aggiorna. Quest'anno i temi portanti sono l'evidenza in pediatria (quanti dei nostri atti quotidiani sono poggiati su una solida base scientifica?), il contributo che può venire alla salute del bambino dalle politiche sociali e culturali dei Comuni, la collaborazione con i neuropsichiatri, i modelli ideali di cure per il bambino. Si discute di come può essere costruito un rapporto con l'industria fattivo e trasparente a garanzia dell'utenza. Si affrontano anche alcune frontiere della pediatria quali la neuropsicologia applicata ai disturbi dell'apprendimento, e la genetica dei virus dell'epatite. Si presentano le ricerche in pediatria di base. Poche medicine? Altre medicine? Senza medicine? È un Congresso per scelta aperto, in cui si discute molto in un clima che non ha nulla di accademico, ed in cui non mancano le occasioni di piacevole convivialità. Non c'è dubbio che la cornice di quest'anno sarà abbastanza eccezionale. Dunque, ti aspettiamo!”

Venerdì 23 Ottobre

- 09.30-10.30 *Lettura: giocosa terapia* (Prof. P. Boero)
 10.30-11.00 *Pillole di medicina basata sull'evidenza* (Prof. G.C. Biasini)
I: Prevenzione (D. Baronciani)
 11.00-13.00 *Pediatrati e neuropsichiatri infantili: percorsi comuni nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione* (N. D'Andrea, Prof. G. Levi, Prof. F. Calamoneri, F. Ciotti, S. Conti Nibali)
 13.00-13.30 *Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "L'obesità nella pratica ambulatoriale"* (A. Nova, E. Sala)
 15.30-16.00 *Dieci passi per:*
- I: una buona perinatologia (G. Rapisardi)
 16.00-16.45 *Può la formazione modificare la pratica dell'allattamento al seno?* (A. Cattaneo, S. Quintero)
 16.45-17.15 *Pillole di medicina basata sull'evidenza* (Prof. G.C. Biasini)
- II: Diagnosi (R. Buzzetti)
 17.15-17.45 *Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "La prescrizione di farmaci in pediatria di base"* (T. Cazzato)
 17.45-18.30 *Sistema di pediatri sentinella: stato dell'arte e proposte per il futuro* (M. Marin, M. Gangemi)
 18.30-19.00 *Dieci passi per*
- II: un buon ospedale (N. D'Andrea)

Sabato 24 Ottobre

- 09.00-09.30 *Pillole di medicina basata sull'evidenza* (Prof. G.C. Biasini)
- III: Terapia (Prof. P. Mastroiacovo)
 09.30-10.00 *Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Attitudine, pratica e conoscenze dei pediatri di famiglia e dei medici vaccinatori sulla vaccinazione antimorbillosa nella provincia di Messina"* (M.F. Siracusano)
 10.00-11.30 *Per un codice di comportamento dell'ACP nei rapporti tra medico e industria farmaceutica* (G. Tamburlini, Prof. F. Panizon, M. Bonati)
 11.30-12.00 *Dieci passi per*
- III: una buona pediatria di famiglia (V. Calia)
 12.00-13.00 *Bambini in ospedale: perchè, come e quando* (Gruppo di ricerca ospedaliero ACP)
 13.00-13.30 *Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Indagine sul comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di famiglia di fronte al bambino con enuresi notturna"* (P. Lubrano)
 15.30-16.00 *Per-Corso di ricerca in pediatria di base: "Le richieste di consulenze specialistiche da parte del pediatra di famiglia"* (L. Brivio, R. Cazzaniga)
 16.00-17.00 *Implicazioni cliniche della variabilità genomica dei virus epatitici nel bambino e nell'adulto* (Prof. G. Raimondo)
 17.00-19.00 *Assemblea*

Domenica 25 Ottobre

- 9.30-10.30 *I disturbi dello sviluppo come disturbi multistadio* (Prof. G. Levi)
 10.30-12.30 *Progetti per l'infanzia: dal dire al fare ...* (Pasquale Alcaro, E. Bianco A.M. Colella, Prof. G. Giunta)
 12.30-13.15 *Ipotesi di uno studio nazionale di coorte* (Gruppo di ricerca delle cure primarie ACP)

Segreteria Organizzativa:
 ACP dello Stretto

Per iscrizione e prenotazione alberghiera:
 Mediterranean Meetings
 P.zza Catalani 6. 98122 Messina
 tel. 090/711109 fax 090/711164 e-mail medmeet@tin.it
 C/C n. 12191-00 ABI 2008 CAB16500 presso Credito Italiano
 Piazza Cairoli - Messina

Per agevolazioni sui voli:
 Lisciotto Viaggi
 tel. 090/719001 fax 090/714111 e-mail lsctt@mbox.vol.it

NAPOLI

Guida ai servizi sociali

Città e servizi sociali è il titolo di una guida ragionata dei servizi sociali realizzata dall'Assessorato alla dignità del Comune di Napoli. La guida, agile e di facile consultazione, è articolata in varie sezioni che possono aiutare il cittadino a fruire delle prestazioni necessarie in base all'età, al periodo dell'anno, alle condizioni di disagio, ecc. Molto ricco è l'elenco dei servizi e delle associazioni di volontariato con indirizzi e numeri telefonici. Ampio spazio è dedicato ai servizi per i minori: emergenze minori e centro di prima accoglienza per i bambini in condizioni di abbandono, ufficio minori a rischio che coordina i progetti "estate ragazzi" e "ragazzi in città", finestre per i problemi dell'adolescente e poi centro ricerche e documentazione infanzia che coordina i progetti "fratello maggiore" e "Urban", e infine la ludoteca e il centro laboratorio burattini. In ultimo è segnalato l'ufficio affido familiare che è un servizio di recente istituzione che prevede l'affido temporaneo (solo il pomeriggio, per esempio, in modo che il bambino possa fare i compiti) dei minori che vivono uno stato di difficoltà familiare. Una guida che, forse, il pediatra a Napoli dovrebbe avere sulla scrivania accanto al prontuario.

Per richiederla scrivere a:

Comune di Napoli "Assessorato alla dignità", via A. da Montecassino n. 4 - Tel. (081) 5493331-5493338.

TELEFONINI

Tumori del cranio?

L'OMS ha promosso uno studio sui possibili rischi (tumori del SNC e del cranio) della esposizione a radiofrequenze da 300 Hz a 300 GHz cioè, in parole povere, dei telefonini. Lo studio sarà compiuto dall'Agenzia per la ricerca sui tumori di Lione ed interesserà Australia, Canada, Francia, Italia, Israele, Svezia, Finlandia. In USA uno studio simile è in corso da un anno. I risultati di ambedue gli studi si avranno fra 5-10 anni (*Lancet* 1998;351:276).

CUF

No all'ormone della crescita ai bassi senza deficit di GH

La nuova nota 39 della CUF stabilisce che sul registro dell'AUSL deve essere obbligatoriamente annotato l'esito del test di stimolazione del GH. Ciò significa che non si potranno più trattare con GH i cosiddetti *short normal* senza carenza di ormone della crescita. A noi sembra più che giusto.

INDUSTRIA FARMACEUTICA

I conti in tasca

In Italia operano circa 300 industrie produttrici di specialità medicinali con un numero complessivo di dipendenti di circa 60.000. Di questi 60.000 circa 6.000 sono dichiarati come addetti alla ricerca.

Il consumo globale di farmaci è, in Italia, di 20.000 miliardi di lire, dei quali 11-12.000 sono rimborsati dal SSN: tale cifra è fissata ogni anno dalla finanziaria. Nel 1996 la spesa sanitaria pubblica è stata fissata a 100.000 miliardi, per cui la spesa per farmaci del SSN è circa un decimo rispetto al totale. Per l'anno 1996 si conosce la spesa dichiarata per la ricerca dall'industria farmaceutica italiana: essa è risultata pari a circa 1.500 miliardi di lire, cioè al 7% del fatturato globale.

È molto o è poco? Secondo l'industria è molto. Vediamo se è vero: la Francia spende il 13% (4.200 miliardi), la Germania il 12% (4.500 miliardi), la Gran Bretagna il 25% (5.000 miliardi).

Inoltre tale spesa in Italia è destinata in larghissima misura (circa il 95%) alla ricerca applicata e il 30% di questa (circa 500 miliardi) è spesa "extra moenia": è cioè affidata a sperimentazioni cliniche effettuate negli ospedali e negli ambulatori, con compensi ai medici che le eseguono. Solo il 5% (75 miliardi) è spesa per la ricerca di base. Come si vede una spropor-

zione macroscopica con un investimento nella ricerca di base molto bassa che può dare giustificazione della differenza di prezzo in atto nella CEE per le specialità medicinali.

Il prezzo medio del farmaco è in Italia di 14.000 lire, in Gran Bretagna di 19.000 lire, in Germania di 28.000 lire; ma in Francia è di 14.000 lire, come in Italia, nonostante un impegno nella ricerca percentualmente quasi doppio (7% vs 13%; 1.500 miliardi vs 4.200 miliardi) rispetto all'Italia.

CARTILAGINE DI SQUALO

Il penultimo antineoplastico

La cartilagine di squalo viene usata come farmaco antineoplastico fin dai primi anni '90. In USA, nel 1995, il suo mercato è stato di 30 milioni di \$ USA (*Lancet* 1988;351:298). Nessun Clinical Trial è stato pubblicato sugli effetti della cartilagine. Un Trial è stato iniziato nel 1994 dal National Cancer Institute. È stato interrotto quando le preparazioni, fornite dai sostenitori della terapia, si sono dimostrate inquinate. Alla sospensione del Trial il 50% dei pazienti sosteneva di stare meglio.

MONOPOLIO TABACCHI

Un primato

È stata recepita in Italia la direttiva europea del 1992 sui limiti del "catrame" nelle sigarette. Prima di ora la Comunità aveva accettato limiti di 15 mg; ora il limite è stato portato a 12 mg. Abbiamo letto la notizia su *Lancet* (1997;351:122) e non sulla stampa italiana: magari ci è sfuggita! L'adeguamento dei Monopoli per produrre sigarette con gli stabiliti 12 mg è avvenuto all'ultimo minuto, mentre le ditte estere, che vendevano sigaret-

te in Italia, avevano recepito la norma europea già un anno fa. Sempre sui problemi del tabacco: l'Unione Europea ha posposto fino al 2006 (duemilasei!) l'abolizione della pubblicità e delle sponsorizzazioni sportive delle compagnie produttrici di tabacco.

LA CATEPSINA...

... di Toulouse-Latrec

Henri de Toulouse-Lautrec aveva probabilmente una picnodisostosi. Qualche mese fa l'affezione è stata definita come una malattia dei lisosomi da deficit di catepsina K (*Science* 1996;273:30).

IL SENO AL SILICONE

Quanto si rompe?

Su 376 impianti di seno al silicone il 63.5% si è rotto. La metà delle donne con la protesi al seno finto ha avuto sintomi in seguito alla rottura, l'altra metà non li ha avuti; la diagnosi è stata fatta con la risonanza. La rottura si può verificare per "bucatura" locale, piccola o grande, per perdite multiple di silicone da tutta la superficie, per completa disintegrazione dell'impianto artificiale. La diagnosi, quando non vi sono sintomi, come detto, si fa con la RMN. L'80% delle donne avevano effettuato l'impianto per motivi estetici e il 20% dopo mastectomia (*Lancet* 1997;350:1531).

IL FUMO PASSIVO

Abbassa anche il colesterolo buono

Centotré bambini/ragazzi americani da 2 a 18 anni esposti al fumo passivo hanno dimostrato di avere concentrazioni di colesterolo HDL più basse della norma e di colesterolo LDL più alte della norma. Non avevano altre cause di alterazione dei due valori. Come noto, una concentrazione

di colesterolo HDL più alta rende meno probabile una cardiopatia ischemica, perché l'HDL è ritenuto capace di mobilizzare il colesterolo dalla parete arteriosa al fegato (*Circulation* 1997;96:1403).

"RINFRESCANTI" DELL'ARIA

Attenti! Fan danno

I rinfrescanti dell'aria di casa possono influire sulla vivibilità dell'ambiente. I topi, infatti, dopo avere respirato per un'ora un prodotto "air freshing" sviluppano dei disturbi respiratori simili all'asma e anche delle alterazioni del comportamento, come se fossero in presenza di un neurotossico (*Arch. Envir. Health* 1997;52:433). Gli aa suggeriscono di dare un'occhiata in giro nella casa, alla ricerca di air-fresheners, quando si è in presenza di una cefalea non spiegata o di sindromi strane. Per i topi meglio usare bocconi avvelenati che bombolette profumate.

"GALEAZZI"

Il pensiero della British Hyperbaric Association

Su *Lancet* (1998;351:69) c'è un commento di A. P. Colvin della British Hyperbaric Association (BHA) alla tragedia delle camere iperbariche del Galeazzi di Milano. Gli standard per le iperbariche sono stati definiti nel 1994 e sono molto precisi. I dati sugli incendi nelle iperbariche sono noti: negli USA l'esame di 73 anni di attività clinica non ha messo in evidenza alcun evento mortale. Sono altrettanto precise le indicazioni che risultano da una consensus conference tenuta a Lilla nel 1994 dall'European Committee for Hyperbaric Medicine. Dai dati resi noti - scrive sempre Colvin su *Lancet* - solo un malato fra quelli morti presentava una indicazione "classica" plausibile per una iperbaro-terapia a mente della conferenza suddetta.

VACCINAZIONE ANTIEPATITE

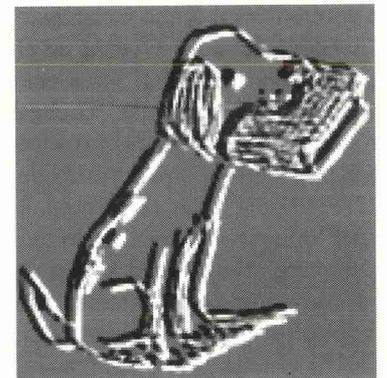
I successi

La morbilità per epatite B nel 1988-1991 era di 6-7 casi/100.000. Nel 1995, quattro anni dopo l'introduzione della vaccinazione obbligatoria la morbilità, era di 5.3/100.000. La riduzione è stata del 38% nella popolazione 0-14 anni e del 28% in quella 15-24 anni (*Lancet* 1997;350:114).

REFLUSSO VESCICOURTERALE

In corso trial sulla chemioprolifassi

Per il 2001 è prevista la pubblicazione di un Trial Controllato e Randomizzato (TCR) di interesse per la pratica pediatrica. Si tratta del destino dei bambini con reflusso vescicoureterale che vengono trattati con placebo o con chemioprolifassi. Il TCR è gestito dalla Università di Sidney (Australia). Lo annuncia *Lancet* nel suo nuovo *Protocol Reviews*. Si tratta di dati di ricerche in corso di cui i revisori della autorevole rivista garantiscono, in qualche modo, la correttezza del protocollo. Il riassunto del protocollo è su Internet (<http://www.thelancet.com>).



OMS

È rimasta ad Hong Kong, per ora, l'influenza dei polli

A fine dicembre i casi di influenza da virus A sottotipo H5N1 accertati dall'OMS erano 16 certi e 4 dubbi (*Lancet* 1997;350:11 5 -1998;351:467). Tutti localizzati nell'area di Hong Kong. Quattro casi sono stati fatali. Su altri tre casi fatali sono in corso accertamenti. In nove persone su 502, testate in relazione a loro contatti con il caso indice (un bambino di tre anni), vi è stata dimostrazione di reazione anticorpale anti-virus del pollo, ma non malattia. La sintomatologia è stata molto severa nei malati di età superiore a 16 anni, con quattro casi mortali, più lieve nei bambini di età inferiore a sei anni; uno di questi (il caso indice) è morto, ma per sindrome di Reye dovuta all'aspirina. La sintomatologia è tipicamente influenzale con partecipazione delle vie respiratorie alte, con presenza di polmonite in sette casi, e con partecipazione gastrointestinale nei bambini, come già successo per la pandemia "asiatica" del 1957 (virus H2N2).

Secondo l'OMS non esiste prova attualmente della possibilità di un contagio interumano e quindi di possibilità di pandemia. In tutti i casi la sorgente del virus erano i polli, anche se non è stato possibile dimostrare per ogni caso la modalità del contatto pollo-uomo. La cellula umana ha pochissimi recettori per il virus A-H5N1 e questo sembra il motivo, per ora, della scarsa infettività del virus per l'uomo.

Come si ricorderà il primo isolamento del virus A-H5N1 dei polli avvenne ad Hong Kong nel maggio 1997. Il virus era una modificazione del virus A-H5N2 che è un ceppo molto diffuso. Intanto il virus di Hong Kong è stato tipizzato (*Science* 1998;279:400); si tratta, come noto, di un virus dell'influenza A con il sottotipo H5 della Emoagglutinina ed il sottotipo N1 della Neuroaminidasi (appunto H5N1); tutti i sottotipi dell'Emoagglutinina (da H1 a H15) e della Neuroaminidasi (N1-N9) sono stati ritrovati negli uccelli, mentre nell'uomo sono stati ritrovati solo i

sottotipi di Emoagglutinina da H1 ad H3. In genere il virus A non produce malattia negli uccelli, mentre le Emoagglutinine H5 ed H7 sono capaci di produrla, specialmente nei polli.

Il sottotipo H5N1 è strettamente correlato con i geni dell'influenza dei polli e non è dimostrabile alcun riassortimento genetico con i virus dell'influenza umana, anche se è teoricamente possibile che un virus dell'influenza umana acquisisca la sequenza del virus del pollo. In tal caso potrebbe emergere un virus capace di attaccare l'uomo in maniera molto pericolosa. Ciò sembra essere successo per la "spagnola" del 1918 (A-H1N1), che era più probabilmente una influenza di probabile provenienza aviaria, invece che un riassortimento di "pezzi" di virus umani ed aviarii.

EUROPA

Priorità alla vivibilità delle città. Ma come?

Nello scorso novembre l'Unione Europea, dopo un incontro con i sindaci di trenta grandi città, ha dichiarato la necessità che si dia priorità allo sviluppo umano delle città. Il Parlamento Europeo discuterà il piano del Commissario per l'ambiente nel marzo 1998. Un foro delle città è convocato per la fine del 1998 (*CEE Com* 97.197). I fondi dovrebbero essere stanziati dalla Direzione generale delle Politiche Regionali e della Coesione che controlla il 20% dei fondi europei e dovrebbero essere basati sullo sviluppo sostenibile. Questo, sulla base del documento di Rio del 1992, contiene una visione ambientale, economica e sociale abbastanza precisa: generare benessere con l'umanizzazione delle città (riducendo la congestione, pianificando lo sviluppo dello spazio cittadino), aumentare la coesione sociale, aumentare lo sviluppo sostenibile della produzione-organizzazione-stili di vita. A fronte della dichiarazione stanno i problemi concreti.

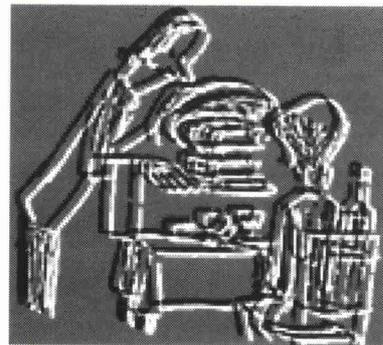
Il problema di fondo, sta nella capacità della CEE di stabilire quali cambiamenti della politica europea potranno stare alla

base di questi buoni propositi, come l'Europa potrà influire sulle politiche nazionali ed urbane dei paesi membri, con quali poteri la CEE si potrà collegare con le amministrazioni delle grandi città per sviluppare una politica urbana. Come nota *Lancet* (1997;350:1722) molte esperienze del passato hanno dimostrato, in tutti questi ambiti, successi molto limitati degli interventi europei.

PACIFICO

El malo Niño

Il Dipartimento di epidemiologia delle popolazioni di Londra ha effettuato uno studio sugli effetti di El Niño nei disastri naturali di popolazione (siccità, fame, eruzioni vulcaniche) negli anni 1964-93 (*Lancet* 1997;350:1435). Come noto El Niño si presenta ogni cinque anni (range 2-7) come un'instabilità del sistema climatico oceanico. Il dipartimento ha trovato (ma poteva essere diversamente?) che il tasso/1.000 di persone interessate da disastri è fortemente associato con gli anni di El Niño. In particolare l'associazione è più forte durante il primo anno di El Niño ($p=0.05$) e l'anno seguente. L'associazione è più forte per le popolazioni del Pacifico Orientale ($p=0.05$), dell'Africa subsahariana ($p=0.09$), dei Caraibi ($p<0.05$), e dell'Asia del Sud ($p<0.04$) dove si verifica il 50% di tutte le vittime. Gli anni definiscono il fenomeno come "natural disaster cycle".





CANADA

Pesticidi e tumori

Conferme e smentite sul rischio da pesticidi. Stavolta una smentita: un panel di esperti canadesi (*Cancer* 1997;80:2019) sostiene che non si è raggiunta l'evidenza che i pesticidi siano la *maggior causa* di tumore nella popolazione generale. I membri del panel sostengono che non ci sono dimostrazioni diverse da quelle che già hanno valutato al 2% la prevalenza di tumori provocati da sostanze chimiche, attualmente permesse (cioè non bandite) disperse nell'ambiente. Nei paesi in via di sviluppo, però, una quota del 50% circa dei pesticidi adoperati dai contadini è bandito nei paesi europei ed americani del nord (*Lancet* 1997;350:1528).

AAP

Fa proprie ufficialmente le linee OMS-Unicef per la promozione dell'allattamento al seno

Una risoluzione dell'American Academy of Pediatrics sottolinea che:

l'alimentazione al seno deve essere di almeno un anno, o anche di più se questa è mutuamente desiderata da madre e bambino. L'alimentazione al seno deve cominciare entro un'ora dal parto.

Un esperto di alimentazione naturale deve essere "vicino" alla nuova mamma durante i primi 1-2 giorni dalla nascita e di nuovo al ritorno a casa.

I neonati possono essere allattati ogni qualvolta mostrino segnali di fame (anche semplice aumento dell'attività o della suzione aspecifica), non solo quando stanno piangendo. Possono essere allattati anche 12 volte al giorno.

Il latte materno dovrebbe essere spremuto e conservato per utilizzarlo quando la mamma non può allattare.

Alimenti supplementari andrebbero evitati e dati dopo precisa indicazione medica. L'alimentazione esclusiva al seno è la

nutrizione ideale per i primi sei mesi di vita. Acqua, succhi vari e altre bevande non sono utili.

C'è qualcosa di nuovo rispetto ai dieci passi OMS-UNICEF? (Protecting, promoting and supporting breast feeding. The special role of maternity services. Ginevra, 1989) Probabilmente no, ma forse giova rinforzare certi concetti basilari dell'alimentazione infantile. Lentamente, dunque, le Associazioni pediatriche accolgono i dieci passi; lo ha fatto l'American Academy of Pediatrics: sotto a chi tocca!

USA

Come muoiono i bambini

La mortalità infantile degli USA (*Pediatrics* 1997;100:905) per il 1995 è stata del 7,6/1000. Bianchi 6,3/1000 (livello Irlanda, l'Italia era al 6,2 nel 1995), neri 15,1/1000 (livello al disopra di qualsiasi paese europeo: il più alto è la Grecia col 7,9). Per il 1995 si conoscono i dati per Stato. Lo stato con la mortalità più bassa è l'Utah (5,4/1000: livello Olanda) quello a mortalità più alta il District of Columbia (16,2/1000).

Per il 1996 si conoscono solo i dati generali: la mortalità si è assestata allo 7,2/1000 (6 per i bianchi, livello Belgio, 14,2 per i neri). La mortalità neonatale generale è al 4,7/1000 (bianchi 3,9 - neri 9,2). La mortalità infantile del 1995 per classi di peso è la seguente:

<2500 g: 65,5/1000

<1500 g: 271/1000

<500 g: 905,1/1000

Le differenze di mortalità fra bianchi e neri, in questa categoria di nati, sono meno nette. Il fattore è assai più dipendente dal livello delle cure ospedaliere che da quello sociale. Fra le cause di morte fra 1 e 4 anni primi sono gli incidenti: 14/100.000 (nell'ordine a motore, a piedi, in bici), poi le anomalie congenite (4,1/100.000), i tumori (2,8/100.000), le uccisioni (2,6/100.000), le cardiopatie (1,3/100.000). Fra 4 e 9 anni gli incidenti (8,5/100.000), i tumori (2,7/100.000), le anomalie congenite (1,3/100.000), le uccisioni (0,9/100.000). Fra 10 e 14 anni

gli incidenti (10/100.000), i tumori (2,7/100.000), le uccisioni (1,8/100.000), le cardiopatie (1,1/100.000).

HERPES E PRESERVATIVI

Che dice il CDC?

L'agenzia governativa americana CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta) segnala sul suo sito internet che, a dispetto dell'enfasi sul sesso sicuro (per prevenire infezione di HIV), l'incidenza di herpes genitale è in aumento sia tra gli adulti che tra gli adolescenti e in generale nella popolazione sessualmente attiva. Il Trend dagli anni '70 è in netto aumento. Secondo statistiche del CDC, un americano su cinque, di età superiore ai 12 anni, è stato infettato dal virus. Le altre malattie sessualmente trasmesse, come la gonorrea, hanno mostrato un trend in ribasso. A detta degli esperti del CDC la ragione per l'aumento dell'infezione herpetica può dipendere dal fatto che i preservativi sono meno efficaci nel bloccare l'herpes rispetto agli altri patogeni.

USA

Il Presidente Clinton: E. O.

I personaggi pubblici in America devono dire tutto di sé. Alla legge non sfugge il presidente Clinton. Così il portavoce della casa Bianca (Michael McCurry) ci informa anche di alcuni dettagli superflui per il nostro modo di vedere: PA 122/68, FC 60/min, Colesterolo totale 179 mg/dl (era 191 mg/dl), statura: 6 piedi e 2 pollici (fate voi il conto), Peso 196 pound (il presidente ha perso negli ultimi anni 20 pound); il presidente inoltre compensa bene una sordità per le alte frequenze con un apparecchietto che ha dato ottimi risultati. Insomma: un po' sordo, con il colesterolo non proprio normale, ma in ottima forma. Il presidente Clinton è ormai un giovanile vecchietto dedito ad una discreta attività sessuale.

Di Bella: proprio una novità?

Si sta facendo molto clamore sul problema della terapia Di Bella che, ridotta all'osso, a me pare, in fondo, una prescrizione inappropriata di un farmaco in uso contro certi tumori (gli apudomi) che viene estesa ad altri tumori. Mi domando se c'è proprio molta differenza fra questa prescrizione inappropriata ed altre prescrizioni, altrettanto inappropriata, che hanno pervaso la farmacoeconomia italiana prima della pulizia etnica fatta dalla CUF. L'uso inappropriato dei farmaci nel nostro paese non è una novità. Noi pediatri non abbiamo grandi responsabilità in questo, ma non possiamo non ricordarci l'uso dei gangliosidi che i neurologi ci suggerivano per la paralisi del faciale o per la paralisi ostetrica, la calcitonina spray per le osteoporosi delle anziane signore, l'uso degli H2-antagonisti in maniera così massiccia da indurre a pensare che la normalità in Italia sia quella di avere un'ulcera duodenale. E dobbiamo ricordarci che sono stati prima gli illustri clinici, e non i medici di base, a splafonare nelle prescrizioni verso usi inappropriati. Qualche settimana fa un direttore sanitario raccontava, in una pubblica conferenza, la fatica che aveva dovuto affrontare per indurre un clinico medico illustre a rinunciare alla sua calcitonina spray quando la CUF la inserì in classe C: *"fa bene ed in ogni caso male non fa"*; non è lo stesso che dice Di Bella? Come stupirsi allora se oggi un medico prescrive la somatostatina per il glioma invece che per l'apudoma, come ieri un altro prescriveva la calcitonina spray per la signora timorosa di rompersi le ossa, invece che per il Paget? E perché mai la FNOM non intervenne allora per dire *"no"* al clinico amante della calcitonina e lo dice ora al medico amante della somatostatina? Non è forse vero che i mali vengono sempre da lontano?

Luigi Picci (o Pecci)

Caro lettore non cadremo nella trappola che ci hai teso di parlare anche qui di Di Bella. Ma è certo che questa tua lettera, fra ironia e serietà, tocca un problema vero che non è venuto abbastanza fuori nella epocale "Somatostatin fever" come l'ha definita Lancet. L'appropriatezza dell'uso dei farma-

ci è problema italiano di indubbia attualità; ed è - quasi sempre o sempre - iniziato prima nelle alte sfere della cultura ufficiale che nei ricettari dei medici di base. Nessuno può negarlo.

Guatemala: un progetto per la salute dei bambini

Vorrei richiamare l'attenzione dei lettori di *Quaderni acp* sul progetto presentato, in occasione del IX Congresso Nazionale dell'ACP, sulle gravi condizioni ambientali in cui vivono i bambini del Sud del mondo. Beneficiari diretti di un progetto per il Guatemala sono gli alunni delle scuole elementari del municipio di Panajachel.

Questo comune si trova sulle rive del lago Atitlan. La crescita delle attività commerciali, connesse al turismo, utilizza bambini in età scolare per i quali manca un adeguato controllo nei diversi centri scolastici. I dati dell'Unità Settoriale di Investigazione e Pianificazione Educativa (USIPE) registrano che nel livello di scuola primaria nel 1992, a Panajachel, era presente poco più del 36% del totale dei bambini tra sette e dodici anni. Il municipio di Panajachel ha 13.600 abitanti in un'area urbana di 1.748 abitazioni, (circa otto persone in media per abitazione). Oltre il 50% delle abitazioni non dispone di approvvigionamento idrico o di servizi igienici, né di energia elettrica. Il 74% delle famiglie vive in condizioni di povertà assoluta con un introito annuo di circa trecentocinquanta lire! Il 40% della popolazione è composto da bambini. L'analfabetismo colpisce (dai quindici anni in avanti) il 44% degli uomini e il 60% delle donne. Il tasso di mortalità infantile, nel primo anno di vita, è di 55/1.000 (dati del 1993). I servizi statali per la salute pubblica sono affidati ad un Centro dove opera un solo medico. Le malattie che colpiscono più frequentemente i bambini sono le parassitosi intestinali, le diarree acute, le bronchiti; malattie che vengono aggravate anche dalla denutrizione (la denutrizione infantile colpisce l'85% dei bambini guatemaltechi).

Ma il degrado della salute in Guatemala s'inserisce in un quadro nazionale quanto mai preoccupante: non ci sono programmi preventivi ma solo curativi (quando esisto-

no); nel 1980 si spendevano circa 2.400 lire per la salute per ogni abitante, oggi la cifra si è ridotta a 1.600 lire.

Il Guatemala è appena uscito da 36 anni di dura guerra civile tra governi autoritari e repressivi e la guerriglia armata: il 29 dicembre del 1996 è stato firmato l'Accordo di Pace. Ma la guerra ha provocato 200.000 morti, un milione di rifugiati interni, 48.000 desaparecidos, 200.000 orfani, 40.000 vedove, interi villaggi distrutti con il napalm. A Panajachel c'è un'alta concentrazione di indigeni poveri e tutta la zona è stata teatro di guerra. La popolazione si dedica principalmente all'agricoltura, e ogni anno si registra la distruzione dei boschi per dilatare la frontiera agricola, cioè poter disporre di terre da poter coltivare, per sopravvivere. Quest'aspetto e l'uso indiscriminato di rifiuti tossici da parte del settore industriale sono le cause principali del crescente degrado ambientale del paese e in particolare del lago Atitlan che è molto inquinato, ma le cui acque vengono utilizzate anche per usi alimentari.

Obiettivo del progetto: è favorire lo sviluppo armonico e integrale della Comunità intera, elevando il livello di consapevolezza dei bambini, dei giovani e degli adulti sui problemi dell'ambiente.

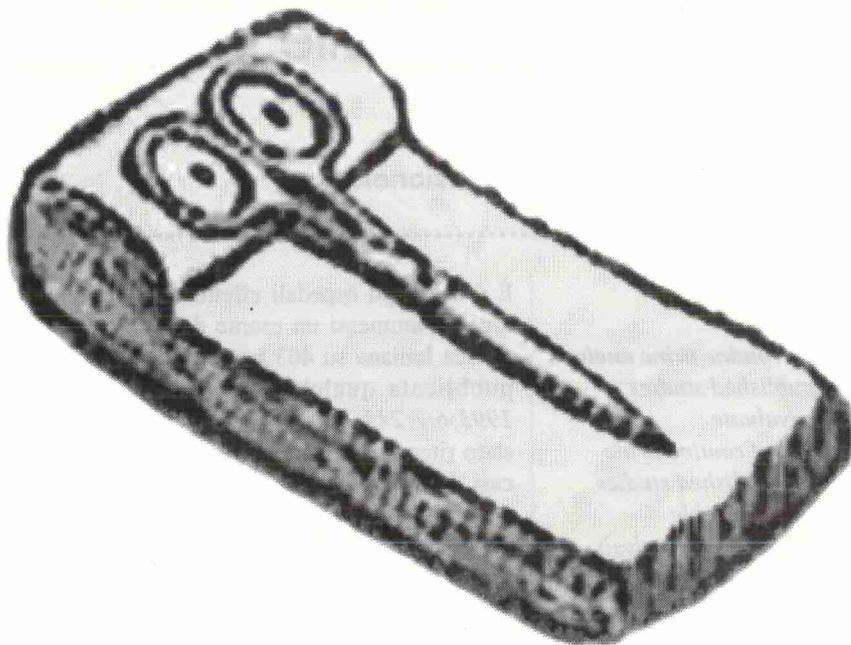
Il progetto si svolgerà in due fasi: la prima di Educazione, la seconda di Risanamento ambientale. Il costo del progetto è di ventisette milioni di lire italiane. Risultati sperati: formare circa 1.200 alunni, migliorare le condizioni di vita della popolazione locale, produrre materiale didattico sull'educazione ambientale. Se si considerano le condizioni socioeconomiche e la difficile fase di transizione alla democrazia che vive il Guatemala, si può affermare che il progetto offre un contributo nel settore del medio ambiente, che è un pilastro fondamentale per qualunque politica di sviluppo che voglia essere sostenibile. In nome di Progetto Continenti, ribadiamo l'appello, a tutti i pediatri dell'ACP, di dedicare un mese della loro attività per la salute in quel paese.

Giuseppe Florio

Per informazioni:

Segreteria Nazionale di Progetto Continenti
Viale Baldelli 41 00146 ROMA
Tel: 06/59600319 fax: 06/59000533
Email: Continenti@iol.it

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
L'esame routinario delle urine: utilità e spesa
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Saper fare**
Dodici risposte a dodici domande sulle vaccinazioni
- **Aggiornamento avanzato**
La leptina: ancora una delusione per gli obesi
- **Rassegna bibliografica (quarta parte)**
I bambini con bisogni speciali. Disagio sociale e salute
- **abc in pratica**
Quando fare la biopsia intestinale
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Il pianto: qualche suggerimento alle neo-mamme

L'esame routinario delle urine: inaccettabile il rapporto costo/beneficio

redazionale

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 38

Abstract

Cost-benefit of routine urine analysis

A review of published studies was made to evaluate the cost-benefit of routine urine analysis. Most published studies do not show a favourable cost-benefit of routine urinalysis. Urine analysis should be performed only in children presenting with symptoms suggesting a urinary tract disorder.

Keywords: Urine analysis, Cost-benefit

È d'uso negli ospedali effettuare di routine a tutti gli ammessi un esame delle urine. Una ricerca Italiana su 403 bambini ospedalizzati, pubblicata qualche anno fa (*Ped. Oggi 1993;6/7:243*), dimostrava che l'esame era stato ritenuto utile in sei, cioè nel 12.8% dei casi del gruppo che lo eseguiva per sospetto diagnostico (47 bambini), e di nessuna utilità nel gruppo (356 bambini) che lo effettuava per screening. Il costo vivo dell'esame per un laboratorio che esegue almeno 100.000 esami di urine all'anno ammontava a Lit. 2.907, mentre il costo di raccolta era di Lit. 3.000, escluso il costo dell'eventuale sacchetto che era di Lit. 2.500 circa. Complessivamente il costo di rilevamento di un problema vero è ammontato, nella ricerca italiana, a Lit. 608.000. Concorde con la ricerca italiana sono altre ricerche in questo ambito (*Am. J. Med. 1987;82:719, Am. J. Med. 1987;83:378, Pediatrics 1978; 62:103, Pediatrics 1990;86:345*). Su *Pediatrics (1997;100:919-1997;100:1031)* è stata pubblicata un'altra indagine, su 2.000 bambini asintomatici, sull'utilità dell'uso dell'esame delle urine mediante striscia reattiva nell'area delle cure primarie. Il costo del primo esame era di Lit. 1.814 che per 2.000 bambini è ammontato a Lit. 3.629.000. Il 9% dei 2.000 bambini presentava una iniziale anormalità dell'esame (6% proteinuria, 1.6% ematuria, 0.65% batteriuria, 0.40% glicosuria). Ad un secondo esame gli esami positivi si riducevano all'1.5%: la cultura delle urine rilevava una positività per lo 0.5%. Le false positività del primo esame ammontavano quindi all'84%. Il costo totale ammontava, secondo gli aa americani, ad un costo minimo di Lit. 8.400.000, cioè a Lit. 4.200 a bambino. Se per ognuno dei bambini con esame delle urine positivo si fosse messo in moto la consulenza specialistica la spesa sarebbe salita a Lit. 11.000.000. Gli aa non ci danno il risultato del follow up per cui non conosciamo il numero dei problemi veri riscontrati alla fine del percorso, ma i 29 casi rimasti con un esame delle urine non normale

dopo la seconda battuta sono costati almeno Lit. 8.400.000 : 29 = 289.000 oppure Lit. 11.000.000 : 29 = 380.000 cioè non troppo lontano dai risultati italiani che si riferiscono alla spesa alla fine del percorso diagnostico. Un commento redazionale concorda con l'inaccettabile rapporto costo/beneficio dell'esame di routine. Oltre tutto, poiché il problema messo più spesso in evidenza da un'esame d'urine è l'infezione urinaria (35% dei casi risultati positivi alla prima indagine), i commentatori riferiscono che ad una reazione dei nitriti positiva in un bambino asintomatico (ed anche ad una coltura d'urine positiva in un bambino senza sintomi) non può essere dato alcun significato. Oltre tutto l'esame con la striscia non mette in evidenza il sedimento e lo stesso esame microscopico, effettuato a distanza di tempo in laboratorio, è infido in quanto i cilindri cellulari scompaiono dopo 30 minuti dalla raccolta in urine acide ed in 5-10 minuti in urine alcaline. La sola possibilità di avere un esame attendibile è quindi di guardarsele al microscopio entro 5-10 minuti. Ciò è possibile in ospedale e non è impossibile in ambulatorio, ma è metodica che prescinde dallo screening perché sufficientemente *time consuming* se eseguita su larga scala. Altra condizione essenziale è che un buon campione di urine per la conta dei germi deve avere soggiornato nella vescica durante la notte o, se raccolto al mattino, deve comunque avere soggiornato in vescica per qualche ora. Su *Lancet (1998;351:307)* si rileva a questo proposito che l'esame microscopico delle urine negli ultimi tempi non è stato più standardizzato come accadeva un tempo: c'è chi esamina il sedimento risospingendolo in una goccia o 1 ml o più di 1 ml d'urina usando come unità di misura gli elementi per campo, c'è chi lo esamina in toto in camera contaglobuli usando come unità di misura gli elementi per mmc. In sostanza l'esame delle urine ha un suo preciso significato se utilizzato per cercare *qualcosa* e non semplicemente per vedere se il bambino sta bene. ■

TEST - NON TEST O GENITORI?

Meglio i genitori

Obiettivi Lo studio intendeva:

- 1) valutare se le preoccupazioni specifiche dei genitori relativamente allo sviluppo dei loro figli potessero rappresentare un metodo di screening dei bambini bisognosi di un approfondimento specialistico;
- 2) contribuire alla correttezza delle scelte decisionali sull'invio allo specialista;
- 3) aiutare i pediatri a identificare e consigliare le famiglie bisognose di un sostegno nelle varie fasi dello sviluppo del bambino.

Metodi I bambini e rispettivi genitori partecipanti allo studio provenivano da asili nido e scuole materne di quattro diverse aree geografiche degli USA. Furono reclutati 408 bambini di età compresa fra 21 e 84 mesi e i loro genitori, con caratteristiche socioeconomiche sovrapponibili a quelle emerse dal censimento USA del 1990. Operatori specializzati hanno valutato le preoccupazioni dei genitori relative allo sviluppo e successivamente hanno sottoposto i bambini ad una nutrita batteria di test per valutarne l'intelligenza, il linguaggio, le funzioni motorie e le abilità sul piano scolastico.

Risultati Le indicazioni dei genitori relative allo sviluppo motorio, al linguaggio, alla funzione cognitiva e alle abilità scolastiche avevano una elevata sensibilità ed hanno permesso l'identificazione del 79% dei 56 bambini con problemi. L'assenza di preoccupazioni specifiche ha permesso di individuare il 72% dei 352 bambini con sviluppo normale. Il restante 28% dei bambini normali, che però aveva suscitato la preoccupazione dei genitori, presentava, di significativo nel risultato dei test, soltanto un punteggio discretamente inferiore in tutte le aree di sviluppo valutate. Inoltre il 16% di questi 97 bambini poteva essere individuato dalla presenza di un

solo problema nelle dichiarazioni dei genitori, per lo più nell'ambito del linguaggio espressivo, mentre i genitori correttamente preoccupati riferivano di solito problemi multipli.

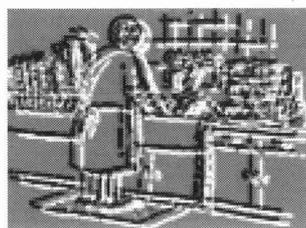
Conclusioni Le preoccupazioni espresse dai genitori, se richieste, raccolte e valutate con metodo, si avvicinano agli standard dei test di screening correntemente utilizzati e possono quindi fornire indicazioni corrette per l'invio allo specialista. L'esecuzione di un test di screening viene comunque considerata utile per ridurre il numero di invii impropri in quel 16% di bambini con un solo problema riferito dai genitori, e in quei bambini con nessun problema riferito ma nei cui genitori si ravvisa una ridotta capacità di comunicazione.

Commento Questo non è il primo né sarà l'ultimo lavoro che mette in discussione l'utilità assoluta dei test di valutazione dello sviluppo.

Tale questione è stata dibattuta senza una conclusione certa, ma con almeno il merito di aver smosso le acque, anche alle ultime Giornate Perugine. Gli autori di questo studio hanno continuato il loro lavoro presentando un altro articolo, sempre su *Pediatrics* (1997;99:830), in cui confrontano non solo la validità dei due tipi di approccio alla diagnosi precoce dei disturbi dello sviluppo, ma anche il rapporto costi/benefici a breve e a lungo termine senza trovare significative differenze se non a breve termine, nel senso di un minor costo della somministrazione del questionario ai genitori. E non è finita qui.

Frances Page Glascoe Parent's concerns about children's development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics* 1997;99:522

Parole chiave: Test di sviluppo psicomotorio



short

Anca:

screening ecografico?

L'obiettivo degli autori di questo commento è valutare la proponibilità dell'esame ecografico dell'anca come screening neonatale in Svezia facendo un esame costo/efficacia. I dati epidemiologici svedesi indicano che la displasia evolutiva dell'anca (DEA) è presente in 1 su 1.000 nati e l'esame clinico diagnostica il 50% dei casi alla nascita e l'85% prima dei sette mesi di età. L'efficacia dell'esame clinico dipende, tuttavia, dall'esperienza dell'esaminatore e l'incidenza delle diagnosi tardive varia considerevolmente nelle diverse regioni della Svezia. L'esame ecografico viene considerato di grande importanza come completamento dell'esame clinico nel caso di positività della manovra di Ortolani-Barlow per ridurre il numero dei falsi positivi.

Riguardo allo screening ecografico della DEA, suggerito per eliminare le diagnosi tardive, si fa notare che esso dà molti falsi positivi con rischio di eccesso di trattamento. Una percentuale variabile tra il 7% e il 20% delle alterazioni ecografiche neonatali dell'anca in assenza di instabilità clinica si risolverà rapidamente senza alcun trattamento.

Perplessità sono presenti anche in riferimento allo screening limitato ai casi a rischio (storia familiare positiva, presentazione podalica, malformazioni del piede e torcicollo) che rappresentano circa il 10% dei neonati. Citando un lavoro di Clark et al. (*J. Bone Joint Surg.* 1989;71B:9) si afferma che lo screening ecografico selettivo neonatale non riesce a ridurre le diagnosi tardive di DEA probabilmente perché la maggioranza dei casi con diagnosi tardiva non presenta fattori di rischio. Si sottolinea infine che l'esame ecografico e la sua interpretazione hanno una "curva di apprendimento ripida" ed è necessario che l'ecografista sia esperto per fare un esame

corretto. Venendo a una analisi dei costi viene riportato che uno screening ecografico universale per DEA riguarderebbe in Svezia 100.000 bambini per anno. Dato che un esame ecografico ha un costo di 100 dollari, il costo annuale sarebbe di 10.000.000 di dollari. Il costo reale sarebbe probabilmente più alto a causa degli esami ripetuti e dell'eccesso di trattamento.

Questi dati suggeriscono che se lo screening ecografico fosse in grado di azzerare le diagnosi tardive di DEA il costo totale per diagnosticare alla nascita i casi persi allo screening clinico nelle maternità svedesi (50 casi per anno) sarebbe di 200.000 dollari per caso.

Visto che la maggioranza (80%) delle diagnosi tardive viene fatta durante i primi sei mesi di vita, uno screening ecografico universale può difficilmente essere giustificato in Svezia. Anche uno screening ecografico selettivo dei bambini a rischio, che includerebbe 10.000 neonati per anno, è discutibile, dato che solo una piccola minoranza dei bambini che svilupperà un'anca sublussata o dislocata appartiene a questo gruppo.

Conclusione: la "pietra angolare" per la ricerca della DEA è ancora l'esame fisico dell'anca nel neonato eseguito da personale ben addestrato. In altri paesi, per esempio in Europa centrale, dove l'incidenza di DEA è considerevolmente più alta che in Svezia, lo screening ecografico potrebbe essere indicato.

Sembra che le considerazioni e le conclusioni degli autori di questo articolo siano in accordo con quanto affermato da G. Atti in una risposta a una lettera pubblicata su *Medico e Bambino* (1997;7:15) riguardante lo screening della DEA: "se non vi sono più di due casi ogni 1.000 nati che richiedono terapie in regime di ricovero, se non si verificano casi di osteonecrosi post-riduttiva, qualunque sia il programma di screening effettuato, esso deve essere considerato come soddisfacente".

G. Hansson et al. Ultrasonography screening for developmental dysplasia of the hip joint. *Acta Paediatr.* 1997;86:913

Parole chiave: Costo/efficacia, Displasia dell'anca, Ecografia dell'anca, Screening

UNO STUDIO "VERO" SULL'OTITE End point, l'ipoacusia

Obiettivo L'obiettivo degli AA è di definire il destino dei bambini con otiti purulente ricorrenti (OMAR) per comprendere meglio i rapporti fra OMAR ed OME e fra OMAR e il destino di questi bambini in rapporto ai deficit uditivi.

Metodo Anzitutto le definizioni:

OMA (episodio acuto con membrana infiltrata rigonfia e sporgente);

OMAR (almeno 7 episodi di OMA in 12 mesi);

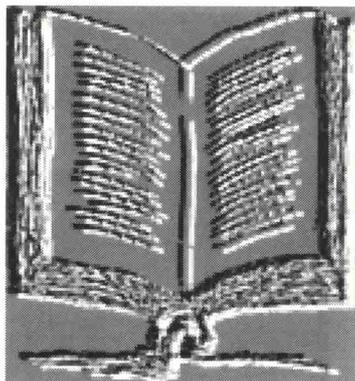
OME cronica (casi di OME che durano almeno tre mesi).

Lo studio è condotto a Lund (Svezia) città di 60.000 abitanti. Sono stati arruolati 122 bambini alla nascita e seguiti per dieci anni controllando l'insorgenza di OMA e classificandoli in vari gruppi a seconda della frequenza delle OMA (vedi sotto).

Risultati Centotredici bambini hanno completato lo studio. Sono stati individuati così, alla fine di tre anni, due gruppi:

1. Un primo gruppo OMAR, cioè di bambini che avevano avuto almeno sette episodi di OMA in 12 mesi (13 bb di cui 12 hanno completato il follow up).

2. Un secondo gruppo sani (29 bb di cui 21 hanno terminato il follow up) che non avevano avuto alcuna OMA fino a tre anni.



Gli altri 80 bambini avevano caratteristiche da non farli rientrare in nessuno dei due gruppi precedenti. I dodici bambini del gruppo OMAR (8 maschi e 4 femmine) hanno avuto in media 17.6 otiti/bambino da 0 a 10 anni; quelli del gruppo sani (11 maschi e 10 femmine) 1.3 otiti/bambino. Da 3 a 10 anni la differenza è più modesta (5.2 nel gruppo OMAR, 1.3 nel gruppo sani). Da 7 a 10 anni differenza ancora più modesta (0.8 gruppo OMAR, 0.4 gruppo sani). A 8 anni le differenze cessano di esistere. Per quanto riguarda l'OME: 6 (50%) bambini del gruppo OMAR hanno avuto un'OME durata più di tre mesi; solo 1 del gruppo sani (5%) l'ha avuta. Nessun caso di OMA cronica nei due gruppi. Otto bambini del gruppo OMAR, contro 1 del gruppo sani, hanno portato tubi di ventilazione. Tredici timpani su ventiquattro del gruppo OMAR hanno dimostrato cicatrici, retrazioni, atrofie localizzate, contro un timpano su quarantadue del gruppo sani. Per quanto riguarda i problemi audiologici nessuna differenza fra i due gruppi è stata riscontrata per l'audiometria ad ogni frequenza misurata.

Conclusioni Gli AA svedesi concludono che si identificano due popolazioni: i bambini che hanno OMA nel primo anno diventano facilmente "otitis-prone", hanno maggiori possibilità di avere otiti nei primi tre anni, vanno più facilmente incontro ad OME, fanno registrare lesioni timpaniche, mentre nella casistica degli AA non è mai stata riscontrata una OME cronica. Ciò può anche essere in rapporto con la scarsità della casistica. Gli AA fanno comunque notare che il destino dei bambini con OMAR (12 bambini seguiti) ed OME (sei bambini seguiti), dal punto di vista uditivo è ottimo.

Commento Il lavoro è interessante anche se obiettivamente i bambini studiati sono pochi. Il tempo durante il quale sono stati seguiti (320 anni/bambino) rende la casistica più significativa. Non sono indicate precisamente le terapie seguite; il lavoro è però iniziato nel 1986 ed è ragionevole ritenere che siano state adottate le terapie consigliate in questo periodo compreso l'uso dei tubi di ventilazione che, negli ultimi anni, hanno subito un declino pre-

scrittore. Quello che ci sembra di dovere sottolineare è che il destino dei bambini con OMAR di così rilevante entità (17.6 in 10 anni) e con OME di almeno tre mesi è buono riguardo alla capacità uditiva. Il dato che sottolineiamo di questo lavoro è che l'obiettivo è la ricerca di un vero risultato della malattia in quanto, come *Quaterni acp* ha scritto in altra occasione (1997;6:43) non è la presenza o il numero delle OME o delle OMAR che va valutato in un bambino, ma l'esito delle medesime: cioè se diminuisce o meno la capacità uditiva in un bambino con OME o OMAR, anche e soprattutto perché il deficit uditivo può essere in rapporto con un problema di apprendimento e quindi col destino scolastico del bambino.

Ryding M. Sequelae of recurrent acute otitis media. *Acta Paediatr.* 1997;86:1208

Parole chiave: OME, OMA, OMAR, Sor-dità

short

Le sfighe dei poveri:
nazismo, fame e diabete

Sono stati studiati 702 olandesi nati ad Amsterdam fra il febbraio 1943 ed il febbraio 1947 dei quali erano disponibili sufficienti informazioni prenatali e neonatali. Sono stati distinti in due fasce: quelli le cui madri hanno patito la famosa "fame" (esposti) nel periodo dell'occupazione nazista (da 400 a 800 calorie al giorno dal novembre 1944 al maggio 1945), e quelli nati prima o dopo quel periodo (non esposti). A tutti è stata effettuata una curva da carico di glucosio con dosaggio di glicemia, insulina, proinsulina. Gli esposti avevano un valore di glicemia più alto dei non esposti. Più era basso il peso alla nascita più era marcata l'iperglicemia.

Il fenomeno era altresì più evidente in coloro che erano stati esposti alla fame della madre nell'ultima parte della gestazione. Il rischio era maggiore fra coloro che, esposti alla fame, erano diventati obesi da adulti. Gli aa pensano che la scarsa nutrizione durante il periodo prenatale

comporti o modificazioni permanenti della betacellula o della sensibilità delle cellule periferiche all'insulina. Che sia il destino di coloro che immigrano dai paesi cosiddetti in via di sviluppo ai paesi dove finalmente possono mangiare abbastanza?

Ravelli A.C. Glucose tolerance in adult with prenatal exposure to famine. *Lancet* 1998;351:173

Parole chiave: Sottonutrizione, Fame, Diabete tipo 2

VARIABILITÀ CLINICA ED APPROPRIATEZZA DELLE CURE

Un campo minato

Obiettivo La ricerca mira a documentare l'esistenza in tutti i paesi di una significativa variabilità di utilizzo dei servizi sanitari, sia diagnostici che terapeutici, sia medici che chirurgici, sia ambulatoriali che ospedalieri, a parità di bisogni delle popolazioni e degli individui.

Metodi Si tratta di una ricerca bibliografica circa la variabilità clinica eseguita sulle maggiori riviste di lingua inglese degli anni '70 ed '80.

Risultati Uno dei primi contributi è del 1968. Nelle casistiche ospedaliere di Inghilterra, Svezia ed USA si dimostra che la tonsillectomia-adenoidectomia negli USA è due volte più alta rispetto a quella inglese e quattro volte rispetto alla svedese; le colecistectomie sono sette volte superiori ad Uppsala rispetto a Liverpool e tre volte rispetto al New England. L'A sostiene che si tratta di differenze legate non alla diversa patologia, ma ai diversi sistemi assistenziali. Bunker fa notare che anche la proporzione dei chirurghi rispetto alla popolazione può essere decisiva nel determinare il numero degli interventi: negli USA, per esempio, il numero dei chirurghi è doppio rispetto al Galles. Altro

studio: la probabilità di essere isterectomizzate per le mogli dei medici di S. Clara (USA) è il doppio rispetto alle connazionali e tre volte rispetto alle donne inglesi: sono supertrattate le mogli dei medici o sottotrattate le mogli dei non medici? Lo stesso studio condotto in Danimarca dimostra una variabilità dall'11% al 42% nella probabilità di perdere l'utero. Un confronto fra New England e Norvegia dimostra che esistono interventi con scarsissima variabilità (appendicectomia, ernia) ed altri con variabilità mostruosa (tonsillectomia, isterectomia). Un confronto fra Boston e New Haven dimostra che la variabilità più alta la si ha per l'endoarterectomia carotidea ed il by-pass coronarico, la più bassa per l'ernia inguinale, la protesi d'anca e la prostatectomia. Ma è interessante che non tutti gli interventi sono più alti a Boston o New Haven; alcuni sono più frequenti a Boston ed altri a New Haven. Esistono cioè variabilità geografiche indipendenti da diversa morbilità o diversa offerta di servizi, ma forse solo in dipendenza da mancanza di indicazioni certe e di certezza professionale. Lo stesso capita per il trattamento dell'insufficienza renale, per la TAC la cui esecuzione in USA è sette volte maggiore che in Gran Bretagna. La variabilità si riduce grandemente nelle patologie in cui vi sono protocolli condivisi: tumori, emofilia. Nell'articolo ci sono poi confronti fra le prescrizioni dei medici inglesi, tedeschi, americani che dimostrano un'estrema variabilità di comportamento.

Conclusioni Gli studi clinici sulla variabilità dimostrano un forte limite: non sono in grado di indicare le cause delle variazioni osservate; suggeriscono presenza di carenze o eccessi, ma non indicano in quali casi si possa parlare di carenza ed in quali di eccesso. Essi evidenziano quindi solo l'esistenza del problema e la certezza che una (discreta? cospicua?) parte dell'assistenza sanitaria attualmente erogata non risulta appropriata. L'evoluzione di tali studi è rappresentata dalle analisi di appropriatezza che legano le indi-

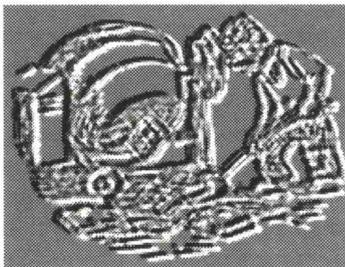
cazioni cliniche consolidate all'uso effettivo della procedura. Di tutte le strategie quelle risultate più efficaci sono state le revisioni fra pari, le linee guida e l'informazione diretta alla popolazione (esperienze di Domenghetti in Svizzera) sulle pratiche suscettibili di inappropriatelyzza.

Assai minore successo per le attività di aggiornamento classiche e per i sistemi incentivanti.

Commento Il problema dell'appropriatelyzza è stato più volte trattato su *Quaderni acp* sia con la presentazione di ricerche che su questa stessa rubrica; nel numero 1/98 si recensiva un articolo comparso sugli *Archives of Disease of Childhood* (1997;77:294) che faceva notare una discreta discrepanza fra l'applicazione del PAEP, che misura l'appropriatelyzza dei ricoveri ospedalieri, ed il parere degli esperti sull'appropriatelyzza degli stessi ricoveri. Si tratta dunque di un campo minato o almeno non ancora dissodato a dovere. Il parere degli AA dell'articolo recensito, di affidarsi sempre più all'auditing ed alle linee guida, sembra interamente condivisibile. Consigliamo ai nostri lettori il citato articolo di Domenighetti sull'efficacia dell'informazione nella riduzione dell'isterectomia in Svizzera (*Lancet* 1988;2:1470), di cui l'autore ha parlato anche al convegno europeo di Pediatria di Comunità tenuto a Cesena lo scorso giugno.

Celin D. Determinanti della variabilità clinica e appropriatelyzza delle cure. *Forum* 1997;1(suppl. 3):43

Parole chiave: Appropriatelyzza, Evidence based medicine, Linee guida, Ricoveri



short

Sanità pubblica,
cellulare e acellulare.
Attenti a scegliere.

Pubblichiamo testualmente alcune considerazioni sui vaccini cellulare ed acellulare comparse in una Review di Lancet alla quale ha collaborato l'ufficio OMS di Ginevra.

“Poichè il vaccino acellulare ha minori effetti secondari alcuni paesi sviluppati hanno deciso di passare, una volta finite le scorte, dal vaccino cellulare a quello acellulare. C'è l'eccezione della Gran Bretagna che continuerà ad usare il vaccino cellulare in attesa di studi sulla efficacia relativa dell'acellulare. Una scelta responsabile fra i due vaccini dovrebbe basarsi sul rapporto fra efficacia, sicurezza, praticabilità e costi. È certamente da valutare con interesse la possibilità che l'acellulare, usato nelle età pediatriche più elevate, possa interrompere la trasmissione della malattia fra gli adolescenti e gli adulti che rappresentano il serbatoio della *Bordetella*. Però il miglior acellulare potrebbe non dare una protezione eguale al miglior cellulare. La sostituzione generalizzata del cellulare con l'acellulare potrebbe portare, perciò, ad un peggiore controllo della malattia, fra l'altro a costi aumentati. A dispetto dei vantaggi dell'acellulare, noi crediamo che i costi inferiori e la migliore protezione debbano indurre a continuare ad usare il vaccino cellulare in molti paesi e specialmente in quelli che sono costretti a limitare i costi. Coloro che, per i loro paesi, faranno la scelta dell'acellulare si prendono una grossa responsabilità e devono concentrarsi sulla sorveglianza per avere sotto controllo il carico della malattia, i costi e gli effetti secondari, che sembrano rari, per potere fare delle scelte definitive”.

Parole chiave: Costo/efficacia, Pertosse, Vaccini, Vaccino antipertosse

E.J. Gangarosa et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control. *Lancet* 1998;351:356

FORMAZIONE

Il morning report

Quando ancora non si parlava di Accredimento il King's Fund inglese avvertiva che l'esistenza di riunioni interne, di reparto, poteva costituire uno strumento formidabile di valutazione della qualità del personale medico. Purché, avvertiva il King's Fund fossero sistematizzate e strutturate.

In un corso dell'ACP Palermo si è discussa l'organizzazione di un Journal Club, ora un articolo di *Archives (Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1997;151:1151) dà l'occasione per riferire esperienze sulle riunioni sui casi. A Iowa City le riunioni si fanno dalle 7.30 alle 8.30 del mattino e perciò si chiamano “Morning Report” (MR). Si svolgono tre volte alla settimana, vi partecipano i “residents” oltre naturalmente al personale medico più maturo. La si tiene in una delle sale da pranzo, con un leggero pasto. Si usano lucidi, mentre le diapositive si usano per le radiografie che coi lucidi ottengono una scarsa definizione.

I casi provengono da tutto l'ospedale compresi quelli ambulatoriali, e quelli telefonici. Il caso viene presentato con un tempo per la descrizione clinica di 5 minuti. Altri 5 minuti vengono impiegati per un commento circa la clinica e la fisiopatologia della malattia da cui è affetto il bambino presentato.

La discussione può seguire o essere inframessa nei dieci minuti precedenti, ma complessivamente dura 10 minuti. È chiaro che casi assai complessi richiedono tempi maggiori. In media in ogni MR., a Iowa City, vengono presentati quattro casi: il range è da 2 a 8, in sostanza mai un caso, neppure complicato, può occupare più di mezzora e la media è di 15 minuti. La logorrea non abita a Iowa. Naturalmente la diagnosi può essere provvisoria o può non esserci per nulla. In un altro articolo sul MR (*Ann. Intern. Med.* 1993;119:395) viene riportato che i mala-

ti presentati al MR non avevano diagnosi nel 24%, e di questi il 34% ebbe una diagnosi diversa, da quella provvisoria, dopo la dimissione. La partecipazione del personale che può intervenire (non vi è obbligo) ammonta al 24% dei teorici possibili partecipanti.

Più fitta la partecipazione dei residents (32%), meno quella degli "strutturati". I casi sono più frequentemente presentati dai senior resident.

Predominano i casi ricoverati rispetto a quelli esterni, ma il MR supera in verità il problema che si presenta nei reparti di degenza dove i casi che vengono presentati sono solo quelli ricoverati e gli studenti non imparano nulla di ambulatoriale e

poco sui problemi a degenza breve. Il MR quindi è strumento più efficace e più flessibile dei "Cases from the Ward". I casi più numerosi hanno riguardato nel 1995/1996 l'infettivologia, ematologia, neurologia. Quelli meno trattati: difetti di crescita, dermatologia, oculistica, ginecologia, farmacologia (difficilmente trattabile con casi clinici). I "credit" da attribuire agli specializzandi (che negli USA sono prefissati nei *Pediatric Review and Education Programs*) erano raggiunti per il 75% nel complesso; per il 100% per la genetica, il cardiovascolare, l'ematologia, l'emergenza, l'endocrinologia; per oltre il 90% per l'ematologia, l'emergenza, e l'endocrinologia.

*Associazione Culturale Pediatri
Gruppo di Lavoro per la Pediatria Ospedaliera*

Cure ospedaliere per il bambino: per una migliore qualità dell'assistenza

Istituto Superiore di Sanità, Roma 25 giugno 1998

I Sessione

La rete pediatrica ospedaliera: sorveglianza epidemiologica sulla gestione di alcune patologie esemplificative.

Coordina: *G.C. Biasini* (Cesena)

ore 9.00 Saluto del Direttore dell'ISS, *G. Benagiano*

ore 9.15 Razionale e finalità del progetto *N. D'Andrea* (Matera)

Materiali e metodi: raccolta e analisi dei dati *P. La Gamba* (Catanzaro),

F. Marchetti (Lanciano)

ore 10.00 Presentazione e discussione dei dati per gruppo di patologia

Broncopolmonite, *G. Boschi* (Reggio Emilia)

Pielonefrite, *L. Peratoner* (Pordenone)

ore 11.20 Dolori addominali ricorrenti, *G. Magazzù* (Messina)

Asma, *F. Marchetti* (Lanciano)

ore 12.30 L'assistenza ospedaliera per il bambino in Italia:

dati strutturali *G. Gargantini*, (Melegnano)

II Sessione

Un razionale utilizzo delle risorse per una migliore qualità di cure ospedaliere per il bambino

Coordina: *G. Tamburlini* (Trieste)

ore 14.30 Proposte dell'ACP per la razionalizzazione della rete ospedaliera

pediatrica e per una "buona pratica" nell'assistenza *N. D'Andrea*

ore 15.30 Commentano:

- per il Ministero della Sanità, *Giorgio Verdecchia* (Dipart. Programmazione),

- per l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, *Fabrizio Mastrilli*

- per la Società Italiana di Pediatria, *Liborio Giuffrè* (Presidente SIP)

- per l'Istituto Superiore di Sanità, *Donato Greco* (Presidente SIP)

Discussione

ore 18.00 Conclusioni

Iscrizioni: la partecipazione è gratuita

Segreteria organizzativa: Nicola D'Andrea, tel. 0835/243323, fax 0835/336685

Rischio sociale e compliance

Obiettivi La ricerca mira a stabilire se altri strumenti, oltre alla prescrizione tradizionale, sono in grado di ridurre gli errori dei genitori nella somministrazione di farmaci in sospensione orale.

Metodi Sono stati arruolati 45 bambini inglesi e 45 spagnoli, appartenenti ad una popolazione prevalentemente indigente, affetti da OMA e a tutti è stato prescritto un antibiotico orale.

Sono stati poi divisi in tre gruppi: ai genitori dei bambini del gruppo I è stata consegnata e illustrata la tradizionale ricetta medica, a quelli del gruppo II è stata consegnata anche una siringa mostrandone l'uso corretto e a quelli del gruppo III, oltre alla prescrizione, è stato indicato anche sulla siringa con un segno a penna, la dose corretta del farmaco da somministrare ed è stata illustrata dettagliatamente la procedura da seguire. Tutti i pazienti sono stati rivisti dopo un mese e i genitori hanno mostrato quanto farmaco avevano somministrato ai bambini.

Risultati Undici pazienti su 30 (37%) del gruppo I hanno ricevuto la giusta dose del farmaco prescritto, 25 su 30 (83%) del gruppo II e 30 su 30 (100%) del gruppo III.

Conclusioni Una più precisa informazione coadiuvata da strumenti semplici di misura (siringa) è in grado di evitare errori nella somministrazione di farmaci nelle popolazioni indigenti e di basso livello culturale.

Commento Il lavoro è una conferma che per le popolazioni in situazioni di disagio socioeconomico sono necessari interventi particolari, anche per la corretta interpretazione delle prescrizioni mediche spesso illeggibili. Il consiglio di adoperare per queste popolazioni una siringa per la corretta somministrazione dei farmaci per os potrebbe essere ripresa anche nei nostri ambulatori di base o ospedalieri.

Shawn R. Mc Mahon Parent can dose liquid medication accurately. *Pediatrics* 1997;100:330

Dodici risposte a dodici domande sulle vaccinazioni

Raffaele D'Errico

Pediatra di base, Distretto 48 ASL Napoli 1

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 44-47

Abstract

Guidelines on immunization

A practicing pediatrician presents discusses the immunization policy that he developed along the principles of evidence-based medicine. Guidelines were developed on several issues including recommended immunization schedule, reasons for modifying it and information and communication to families. The aim is to reduce variability of pediatricians' behaviour and to increase the effectiveness of immunization practice.

Keywords: Vaccinations

Secondo la definizione più corrente "le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo di revisione derivato da prove scientifiche (Trial clinici randomizzati, metanalisi) disponibili in letteratura, verificate attraverso l'opinione di esperti e verificate come applicabili, qui ed ora, nella pratica professionale". Sempre secondo l'opinione corrente le linee guida, per essere applicate, non possono essere "trasmesse per l'applicazione" da pur autorevoli società scientifiche, ma devono essere ridiscusse e "rivissute" dal professionista o da gruppi di professionisti i quali in questo modo ne garantiscono l'applicazione nella pratica. Riteniamo che questa modalità sia stata quella che ha condotto l'autore dell'articolo a costruirsi linee guida che egli veramente applica nella pratica. Si può forse discutere se queste sono linee guida a tutti gli effetti, ma non è errato ritenere che tutto ciò che riduce la variabilità clinica del professionista, anche semplicemente nel dare informazioni ai genitori, può rientrare nell'ambito delle linee guida. La redazione non ha voluto valutare l'appropriatezza delle linee, perché ha ritenuto che consensi o dissensi debbano venire dai lettori in modo che le linee possano eventualmente diventare guida di un pubblico più vasto. (G.C. B.)

1. Quando vanno iniziate le vaccinazioni raccomandate?

Nel terzo mese di vita, ossia dal 61° giorno di vita. Secondo l'attuale protocollo italiano le vaccinazioni raccomandate vanno iniziate nel 3° mese di vita, anche se si tratta di prematuri, ossia dal 61° giorno dalla nascita⁽¹⁾. L'Epateite B deve essere anticipata alla nascita per i neonati a rischio⁽²⁾, mentre la Pertosse e

l'*Haemophilus influenzae* tipo b possono essere anticipate anche al 30° giorno di vita, per particolari situazioni epidemiologiche. Eccezioni sono le vaccinazioni contro il Morbillo, la Rosolia e la Parotite, che vanno praticate dal 15° mese. Ciò a causa della possibile interferenza che gli eventuali anticorpi materni, passati per via transplacentare, possano avere nei confronti dei virus vaccini⁽³⁾.

2. Per raggiungere una protezione adeguata, quante dosi di vaccino bisogna somministrare e quali sono i tempi?

Dipende dal tipo di vaccino. Quattro dosi di DT (ai tempi 0-2-8mesi-6anni, poi ogni 10 anni); 4 dosi di OPV o IPV (ai tempi 0-2-8-24 mesi); 2 dosi di MMR (15mesi-6anni? o 12anni?); 4 dosi di Hib, se prima dei 6 mesi (ai tempi 0-1-2-12 mesi); 3 dosi di Hib, se dopo i 6 mesi (ai tempi 0-1-12 mesi); 1 dose di Hib, se dopo i 12 mesi; 3 dosi di HB (ai tempi 0-1-6 mesi); 5 dosi di P o Pa (ai tempi 0-2-4-12 mesi- 5 anni)⁽⁴⁾. (Quando si parla di "tempi", si intende sempre l'intervallo dalla 1a dose. Per esempio, 0-2-8 mesi, significa 2 mesi e 8 mesi dopo la prima dose).

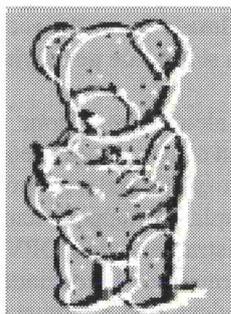
3. Quali sono le vere controindicazioni alle vaccinazioni? Ovvero, quand'è che un bambino non può essere vaccinato?

Un bambino sano può essere vaccinato quasi sempre. L'unica vera controindicazione è una malattia acuta, clinicamente rilevante, con febbre. Spesso capita di trovarci dinanzi un lattante o un bambino che presenta un lieve raffreddore o una banalissima mucosite o che ha praticato fino al giorno precedente antibiototerapia o aerosolterapia con corti-

costeroidi e che giunge da noi per praticare le vaccinazioni. Lo possiamo vaccinare? In una giungla di controindicazioni, una risposta chiara e delucidante ci viene fornita dalla Circolare Ministeriale del 1991⁽⁵⁾ e ribadita nella recente "Consensus Conference 1996"⁽⁶⁾, che stabilisce quelle che sono le vere controindicazioni (solo due!) all'esecuzione delle vaccinazioni: malattie acute e disturbi immunitari. La vaccinazione cioè dovrà essere rimandata nel caso di malattia acuta con febbre o turbe generali giudicate clinicamente importanti e, in linea generale, si sconsiglierebbe la somministrazione di vaccini preparati con microrganismi viventi a soggetti che presentino immunodeficienza ed immunosoppressione patologica o iatrogena. I bambini affetti da queste forme ed i loro contatti dovranno essere vaccinati con vaccino polio inattivato anziché attenuato. I soggetti HIV positivi, anche se sintomatici, potranno invece ricevere vaccini a virus viventi: basti pensare che il rischio legato al morbillo, per questi soggetti, è superiore al rischio vaccinale; purtuttavia in essi si sconsiglia di somministrare vaccino antipolio attenuato, ma di utilizzare quello inattivato.

4. Se il bambino ha assunto o sta assumendo corticosteroidi a basso dosaggio o ha effettuato o sta effettuando terapia antibiotica, è controindicato somministrare un vaccino?

No, non è controindicato. Si sconsiglia la somministrazione di vaccino preparato con **microrganismi viventi** a soggetti che presentano immunosoppressione iatrogena



na da somministrazione di **corticosteroidi ad alte dosi** (es. prednisolone a 2 mg/kg/die) per più di una settimana ovvero di **antimetaboliti** o di **agenti alchilanti** ovvero di **radioterapia**⁽⁷⁾. Gli antibiotici, ovviamente, non possono interferire con la risposta immunitaria dell'organismo verso un vaccino a virus, né tanto meno verso un vaccino sintetico o a subunità.

5. Un bambino che si ammala ripetutamente, come e quando può essere vaccinato e con quali vaccini?

Malattie lievi non controindicano l'uso di vaccini, in particolare quando un bambino soffre di ripetute infezioni lievi delle vie aeree superiori o di rinite allergica. In questa situazione non vi sono prove di un aumentato rischio. La grande maggioranza delle prove dimostra che i bambini con infezioni febbrili delle alte vie respiratorie hanno delle risposte sierologiche simili a quelle dei bambini sani dopo la vaccinazione. Il continuo rinvio dell'immunizzazione di bambini con questo tipo di malattie lievi spesso mette nella condizione di dover "recuperare" più in là nel tempo, esponendo il bambino al rischio di contrarre malattie prevenibili. Sebbene la febbre di per sé non sia una controindicazione all'immunizzazione, in presenza di segni più gravi, il bambino non deve essere vaccinato fino alla guarigione, in quanto al vaccino potrebbero essere attribuiti i segni e i sintomi associati alla malattia. Nel caso di un bambino con ripetute malattie febbrili, moderate o gravi, nel periodo delle immunizzazioni programmate, occorre pretendere di rivederlo non appena la malattia febbrile in corso sia terminata per completare le vaccinazioni⁽⁸⁾.

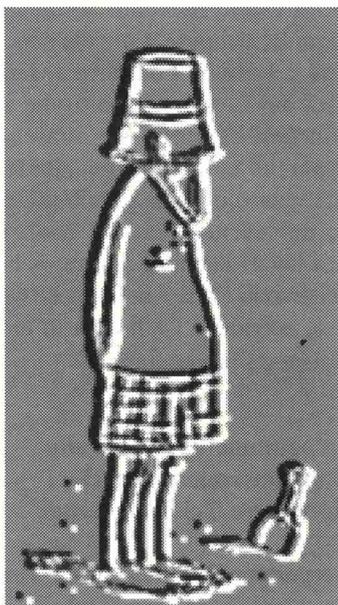
6. In quale zona vanno inoculati i vaccini?

Finché il bambino non cammina, si consiglia di somministrare i vaccini i.m. (DT, DTP, HB, Hib) sulla faccia superoesterna della coscia, in sedi diverse. Successivamente a quest'età vanno somministrati i.m. sul deltoide. Il Morbillo, la Rosolia e

la Parotite vanno inoculati sottocute all'altezza del deltoide. La zona superoesterna del gluteo non deve essere utilizzata nel lattante, fino a che il bambino non cammini da qualche tempo, perché costituita prevalentemente da grasso e per la possibilità di lesione del nervo sciatico. Inoltre numerosi lavori hanno dimostrato che somministrando l'HB e la Pertosse nel gluteo, se ne riduce l'efficacia in termini di risposta immunitaria.⁽⁹⁾

7. Se un bambino ha saltato una dose di un determinato vaccino, deve riprendere il ciclo daccapo?

No, ad eccezione dell'antitetanica. Una ritardata somministrazione di un vaccino non richiede la ripresa dell'intera schedula vaccinale. Se si salta una dose di P o Pa, OPV, Hib, HB, l'immunizzazione deve essere eseguita come se fosse trascorso l'intervallo usuale⁽¹⁰⁾. Se, invece, lo stato di immunizzazione del bambino non è noto o la documentazione è inadeguata, è bene considerare questi soggetti suscettibili e pertanto meritevoli di una appropriata immunizzazione⁽¹¹⁾. Unica eccezione è la vaccinazione contro il Tetano. Poiché esiste la possibilità di reazioni collaterali in seguito a somministrazioni ripetute del vaccino DT, la decisione sullo schema vaccinale dovrebbe tener conto del titolo di anticorpi specifici presenti, che si ritiene protettivo per il tossoide tetanico uguale o superiore a 0.1 UI/ml. Per valori compresi tra 0.01 - 0.1 si consiglia un richiamo, mentre per valori inferiori a 0.01, un intero ciclo vaccinale. Nei soggetti di età superiore a 7 anni va somministrato il vaccino dT (tipo adulto)⁽¹²⁾. IPV invece di OPV in soggetti di 12 anni o più. Nel caso lo stato vaccinale sia noto e il bambino non abbia completato il ciclo, esso va completato secondo quanto riportato sulla Circolare Ministeriale del 1982⁽¹³⁾: il ciclo vaccinale va ripetuto solo se sono trascorsi più di un anno dalla 1ª dose o più di 5 anni dalla 2ª; dopo la 3ª dose il ciclo va completato indipendentemente dal tempo trascorso.



8. Se un soggetto è già immune per una determinata malattia, ma non se ne ha la certezza, eseguire comunque la vaccinazione potrebbe arrecargli dei danni?

No. Non esistono evidenze che indichino che la somministrazione di tutti i comuni vaccini in soggetti già immuni sia pericolosa⁽¹⁴⁾. Questo è uno dei motivi per cui si può praticare la vaccinazione contro l'Epatite B senza dover praticare prima i markers. Questo è il motivo per cui si può praticare la vaccinazione MMR anche se si pensa di aver contratto la Parotite o la Rosolia. Infatti, per quanto concerne la protezione verso malattie di difficile diagnosi, come la Rosolia e la Parotite, si consiglia, a meno che non si abbia un test di laboratorio a conferma dell'avvenuta sierconversione, di considerare questi soggetti suscettibili e, quindi di avviarli alla vaccinoprofilassi.

9. Quali vaccini si possono associare nella stessa seduta e quanto tempo deve trascorrere tra un vaccino ed un altro?

Tutti i vaccini attualmente raccomandati possono essere somministrati nella stessa seduta, o anche a distanza di pochi giorni senza un intervallo preciso da rispettare. Eccezione è la somministrazione di vaccini a virus attenuati che, se non sommini-

strati assieme o entro 7 giorni l'uno dall'altro, devono essere differiti di 4 settimane⁽¹⁵⁾. DTP o DTPa, HB, Hib, MMR e OPV possono essere somministrati nella stessa seduta in sedi separate⁽¹⁶⁾. La somministrazione simultanea dei vaccini più comuni, quindi, non sembra diminuire l'efficacia o la sicurezza di ognuno di essi⁽¹⁷⁾. L'interferenza, se effettivamente esiste, avviene solo tra due vaccini vivi attenuati, ma è bene chiarire, solo se essi sono somministrati distanti 1-3 settimane l'uno dall'altro, non se vengono somministrati insieme, come facciamo di norma. In questi meccanismi si ritiene sia in gioco l'interferone, una sostanza la cui produzione viene attivata da una infezione virale⁽¹⁸⁾.

10. Vaccini con nomi commerciali diversi, ma dello stesso tipo, sono uguali?

Non sempre sono la stessa cosa. Un classico esempio, che ci deve sempre spingere a valutare con accortezza il tipo di vaccino da somministrare e, quindi, da scegliere, è quello del vaccino contro il morbillo e la parotite. Vaccini con nomi commerciali diversi possono talvolta presentare caratteristiche diverse molto importanti, come i tipi di adiuvanti e soprattutto i ceppi virali utilizzati. Per quanto riguarda infatti il Morbillo esistono due principali



ceppi: lo Schwarz, più immunogeno ed efficace rispetto all'Edmoston-Zagreb⁽¹⁹⁾. Lo stesso dicasi per la Parotite, per la quale il Ceppo Urabe AM9 risulta sensibilmente più efficace, anche se lievemente più reattogeno del ceppo Rubini. Intermedio nell'efficacia e per gli effetti collaterali è il ceppo Jeryl Lynn⁽²⁰⁻²¹⁾.

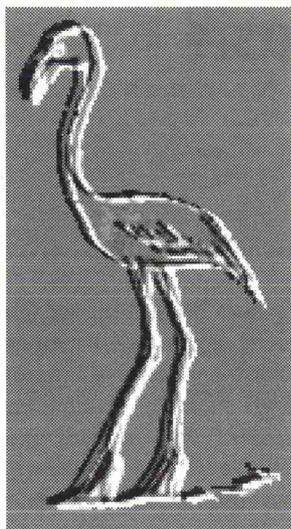
11. Se un bambino è allergico all'uovo può ricevere il vaccino contro il Morbillo, la Rosolia e la Parotite?

Se si tratta di un'allergia all'uovo non di tipo anafilattico, può essere vaccinato per MMR.

Fino agli inizi del 1995 il vaccino con ceppo Schwarz era controindicato in soggetti che avevano manifestato fenomeni allergici gravi alle proteine del pollo: di recente questa controindicazione è stata tolta dal foglietto illustrativo su indicazione del Ministero della Sanità. Infatti dei meno di 30 casi di reazione anafilattica al vaccino antimorbillo o MMR segnalati in letteratura, solo in singoli casi vi era una possibile correlazione con l'allergia all'uovo. Di fatto, reazioni anafilattiche si sono avute sia negli allergici all'uovo, sia nei non allergici e con entrambi i vaccini, anche cioè con quelli coltivati su cellule diploidi umane⁽²²⁾. Numerosi studi hanno dimostrato la tollerabilità di questi vaccini nei confronti dei soggetti allergici alle proteine dell'uovo⁽²³⁻³⁷⁾. Le persone con storia di reazione anafilattica (tumefazione della bocca e faringea, difficoltà respiratoria, ipotensione e shock) dopo l'ingestione di uova, devono essere vaccinate, comunque, con attenzione.

12. Quanto tempo deve digiunare un lattante prima e dopo il vaccino orale OPV e cosa si intende per digiuno?

Non esiste alcuna limitazione per alcun alimento non caldo (in tutti i sensi). Nel passato sono state proposte varie regole riguardanti i rapporti temporali fra la somministrazione dell'OPV e uso di alimenti. Ormai tale limitazione non esiste più per alcun tipo di alimento, purché non sia caldo⁽²⁸⁾. D'altronde se andiamo a



leggere il foglietto illustrativo del prodotto commerciale, che ricordo deve essere necessariamente autorizzato e, quindi, confermato dal Ministero della Sanità, c'è scritto che il vaccino può essere somministrato direttamente o mescolato a bevande o cibi vari, purché non contengano sostanze, come conservanti, che potrebbero inattivare i poliovirus. I veicoli più idonei sono semplici sciroppi, latte, pane o una zolletta di zucchero⁽²⁹⁾. Non si fa menzione, quindi, all'eventuale "digiuno". Inutile sottolineare, inoltre, l'esistenza di false limitazioni, quali il non dare il ciuccio, il non somministrare acqua o il non praticare la vaccinazione in periodi caldi dell'anno, poiché non hanno consistenza scientifica.

Conclusioni

Il problema della copertura vaccinale nel nostro paese non è legato alla mancanza di disponibilità da parte dei genitori, ma all'assenza di una precisa e capillare preparazione dei responsabili delle vaccinazioni chiunque essi siano.

Dovremmo tendere ad abbandonare la medicina fatta di "trasmissione di padre in figlio", ma aggiornarci, preoccupandoci di svolgere il nostro lavoro "secondo coscienza", ma soprattutto "secondo scienza".

Esistono degli "Standard per l'immunizzazione del bambino"⁽³⁰⁾, linee guida rivolte a tutti i responsabili della sanità

che somministrano vaccini o dirigono servizi di vaccinazione infantile, ma che probabilmente nessuno conosce. Tra questi mi piace sottolinearne tre:

- Ci si deve preoccupare solo delle vere controindicazioni.

- Si devono somministrare simultaneamente tutte le dosi di vaccino a cui un bambino debba essere sottoposto. Si devono aggiornare e tenere a portata di mano i protocolli vaccinali, laddove si pratichino delle vaccinazioni.

Bibliografia

- (1) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;17:19*
- (2) Consensus Conference '96. *RIAP Anno X, n. 1 maggio 1996, Pacini Editore, 32*
- (3) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995, 322*
- (4) Bartolozzi G. *Medico e Bambino, 1996;3:48*
- (5) Norme per l'esecuzione delle vaccinazioni. *Circolare Ministero della Sanità Italiana, n. 9400 2/26 V/1562 del 26/3/91*
- (6) Consensus Conference '96. *RIAP Anno X, n. 1 maggio 1996, Pacini Editore, 26*
- (7) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Disordini immunitari. Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;610*
- (8) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;29*
- (9) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Precauzioni e controindicazioni alle vaccinazioni. Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;13*
- (10) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;20*
- (11) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;21*
- (12) Consensus Conference '96. *RIAP Anno X, n.1 maggio 1996, Pacini Editore, 25*
- (13) *Circolare del Ministero della Sanità, n.52 del 9/8/82*
- (14) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;21*
- (15) Le vaccinazioni. Nizar Ajjan. *Pausteur Mérieux MSD, 1995;3:30*
- (16) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;nota 2, 18*
- (17) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;19*
- (18) Bartolozzi G. *Medico e Bambino 1995;2:45*
- (19) G. Grilli, D. Cimini, F. Vacca, et al. - Effetti collaterali e sierconversione dopo vaccinazione contro il morbillo, effettuata con ceppi vaccinali Emoston-Zagreb e Schwarz. *Notiziario Istituto*

Superiore di Sanità 1994;7(1):1-6

- (20) Bartolozzi G. *Medico e Bambino 1996;3:48*
- (21) Bartolozzi G. *Medico e Bambino 1995;3:42*
- (22) Bartolozzi G. *Medico e Bambino 1996;3:42*
- (23) M.A. Greenberg, D.I. Birs - Safe administration of mumps-measles-rubella vaccine in egg-allergic children. *J. of Pediatrics, 1988; 504-506*
- (24) G. Bruno, P.G. Giampietro, M.E. Grandolfo et al. - Safety of measles immunisation in children with IgE-mediated egg allergy. *Lancet, 1990;118-739*
- (25) D.J. Nokers, R.M. Anderson - Vaccine safety versus vaccine efficacy in mass immunisation programmes. *Lancet, 1991;338:1309*
- (26) M.B. Fasano, R.A. Wood, S.K. Cooke et al. - Egg hypersensitivity and adverse reactions to measles, mumps, and rubella vaccine. *J. of Pediatrics, 1992;120:878*
- (27) A. Willenberg, A. Einstein - Vaccine and egg allergy. Abstract in: *Pediatrics in Review, 1993;14:245*
- (28) Bartolozzi. *Medico e Bambino 1997;2:52*
- (29) Foglietto illustrativo del vaccino Polio-Sabin. Approvazione del Ministero della Sanità del 9/6/93
- (30) Rapporto del Comitato sulle Malattie Infettive. *Red Book, American Academy of Pediatrics, CIS 1995;584*

Una Proposta assicurativa

È in vigore una nuova convenzione assicurativa appositamente studiata dalla fondazione Assomedico per i medici. Di quest'assicurazione diamo l'ammontare del premio da versare alla prima annualità e quello relativo alle successive che è così stabilito per il Medico Pediatra. Volendo estendere la polizza alla tutela legale alla tabella si deve applicare un aumento pari a Lit. 120.000 per annualità intera più Lit. 21.000 per il premio iniziale.

Massimale	Annual. intera	Importo iniziale
1 miliardo	281.000	48.000
3 miliardi	472.000	80.000
4 miliardi	560.000	95.000

Per adesioni/informazioni chiamare Assomedico 06/4404644 06/40500900 o faxare allo 06/4423895 06/40500645 via De Rossi n. 12, 00161 Roma. Sede legale via Togliatti n. 1651, 00155 Roma.

La leptina: ancora una delusione per gli obesi?

Mauro Pocecco

Divisione pediatrica Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Abstract

Leptine and obesity control

The discovery of leptine prompted new hopes for obesity control. Its effectiveness, however, was shown sofar in mice with genetically determined obesity, but not in humans. The biological features of leptine and its behaviour in different pathological conditions such as obesity and cachectic state are described.

Keywords: Leptine, Obesity

Premessa

I disordini del comportamento alimentare rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica del mondo moderno. Il loro concentrarsi nell'età adolescenziale ed il loro rapporto con l'aspetto fisico e la costruzione dei ruoli sociali li rendono particolarmente importanti per chi si occupa di età evolutiva. La comprensione dei meccanismi del controllo biologico del peso corporeo può essere di aiuto al medico nell'approccio clinico al problema dell'obesità anche se oggi, in verità, quasi nessuna soluzione al problema può derivare dalla medicina.

La storia

Nell'anno 1950 e nei laboratori di Bar Harbor dove si studiava la genetica dei topi, il dr. Dickie selezionò una mutante recessiva, il topo *ob/ob* (ove "ob" sta per obeso) con una obesità di grado marcato. Subito dopo veniva scoperta una variante fenotipicamente uguale, cioè obesa, ma geneticamente diversa, caratterizzata dalla precoce comparsa di diabete e per questo contrassegnata con la sigla "*db/db*". Negli anni '60 l'attenzione degli studiosi dell'obesità si era concentrata sulla resistenza all'insulina, caratteristica comune a questi topi, che oltre all'obesità e all'iperfagia presentano iperglicemia, diabete ed insulino resistenza. Era stato ipotizzato un modello genetico di malattia di accumulo del grasso assimilabile alla glicogenosi. Lo scenario si era complicato con la scoperta che il danno del nucleo ipotalamico ventromediale determina iperfagia, ma, nel ratto *ob/ob* con tale danno del nucleo e mantenuto a dieta stretta, si produce obesità anche in corso di restrizione dietetica. In sostanza l'eccessiva assunzione di cibo non è l'unico elemento a determinare obesità. Un nuovo pezzo del puzzle viene dalla dimostrazione che negli obesi vi è un disturbo del sistema nervoso autonomo (ridotta attività del simpatico che

innerva il grasso bruno termogenetico), che ci rende anche ragione dell'ipertermia, frequente in questi animali. Un ulteriore tassello viene dagli studi del sistema endocrino: l'adrenalectomia previene ogni tipo di obesità sperimentale e l'eccesso di corticosteroidi determina obesità. Nel 1994 la ricerca si identifica la leptina, che consente di formulare un modello più organico ed integrato di regolazione dell'appetito e del peso corporeo. Questa scoperta permette anche di capire che il topo *ob/ob* difetta di un ormone prodotto dal tessuto adiposo, la leptina (L), ed il topo *db/db* difetta del suo recettore.

La scoperta della leptina

La scoperta della L è un esempio della capacità investigativa delle tecniche di clonazione molecolare. Incrociando topi *ob/ob* e *db/db* con topi geneticamente molto distanti, e appunto con l'applicazione delle tecniche di clonazione dei geni, è stato possibile identificare una proteina di 167 aminoacidi: la L. Le tecniche di analisi inversa con PCR dell'mRNA hanno permesso di identificare il gene "*ob*" solo nel tessuto adiposo. In sostanza veniva scoperto che il tessuto adiposo era in grado di inviare un messaggio, la L, agli altri tessuti ed al Sistema Nervoso Centrale (SNC) circa lo stato della quantità del grasso corporeo. Il passo successivo è stato quello di misurare le proprietà biologiche di questa proteina.

La biologia della leptina

La L è prodotta esclusivamente dal tessuto adiposo sia nell'animale che nell'uomo. La sua funzione principale è di portare il segnale di sazietà ai centri ipotalamici, regolando la quantità di grasso corporeo. Un eccesso di massa grassa determina un aumento di L; il dimagrimento una riduzione della sua secrezione. Nel topo *ob/ob*, che è marcatamente iperfagico ed obeso a causa di un difetto del

gene *ob*, che comporta una mancata produzione di L, la sua somministrazione è in grado di correggere l'iperfagia e di determinare rapido dimagrimento. Nell'uomo obeso non vi è usualmente un difetto di produzione, ma vi è una situazione analoga a quella osservata nel topo *db/db*, cioè una resistenza all'ormone da possibile difetto di recettore. Il livello di L nell'uomo obeso è, infatti, elevato e correla positivamente (pur con una ampia variabilità individuale) con la quantità di massa grassa. La L, come altri ormoni, circola legata a proteine specifiche e la forma libera passa la barriera ematoencefalica entrando nel SNC ove sono collocati dei recettori specifici. I recettori (identificati come membri delle citochine) sono specificamente concentrati in quell'area del SNC deputata al controllo della fame cioè nel nucleo ipotalamico ventro mediale.

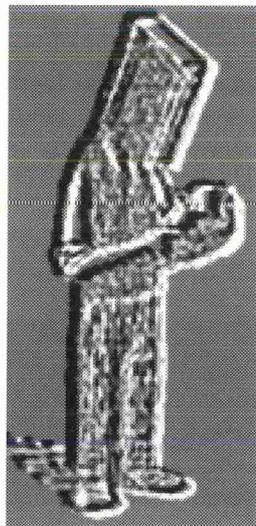
Regolazione della produzione di leptina

Gli studi sulla regolazione della produzione di L sono condotti nell'animale mediante misura dell'mRNA tissutale o mediante la valutazione della risposta alla somministrazione esogena dell'ormone. Nell'uomo sono prevalentemente condotti mediante dosaggio diretto dei livelli serici della leptina. I livelli di L nell'uomo hanno un ritmo circadiano, correlano di più con il grasso viscerale che con quello corporeo e variano fra i due sessi. A parità di quantità di grasso corporeo le donne hanno livelli più elevati. La risposta al digiuno, che comporta una soppressione della secrezione di leptina, è inizialmente lenta, ma molto marcata e protratta. Sia l'insulina che i glucocorticoidi stimolano la produzione di L.

Modello di regolazione dell'appetito e del peso corporeo

La quantità di massa grassa accumulata è l'espressione della somma algebrica fra quantità di energia introdotta e quella spesa. Essa tende ad essere stabile nel tempo ad opera di un meccanismo biologico omeostatico, delineabile alla luce delle recenti scoperte. Si tratta di un sistema integrato, scolasticamente classificabile su due livelli: un *primo livello*

con effetti a breve termine ed un *secondo livello* con effetti a lungo termine, capace di controllare anche il primo. Il *primo livello* è un sistema di segnali direttamente correlati al pasto, sia esterni (disponibilità di cibo, palatabilità, contesto sociale ecc.) che interni (livello glicemico, distensione gastrica, secrezione dei così detti peptidi della sazietà quali la colecistochinina). Questi segnali influenzano tempo, composizione e quantità di cibo introdotta. Ognuno di questi fattori, del cosiddetto primo livello, è in grado di influenzare ciò che verrà consumato durante il pasto, nessuno di questi è generato in proporzione alle riserve di energia accumulate sotto forma di tessuto adiposo. Il *secondo livello* è un sistema di regolazione a lungo termine che coinvolge alcuni ormoni (insulina, glucocorticoidi, leptina) e l'ipotalamo, che tende a mantenere la stabilità nel tempo del peso corporeo. È un sistema biologico che tende a pareggiare nel lungo termine gli squilibri giornalieri fra la quantità di energia introdotta giornalmente e quella spesa. Anche se non si conoscono nel dettaglio le integrazioni fra i due sistemi è molto probabile che il secondo livello soprintenda al primo modificando i comportamenti alimentari. Nel modello ipotizzato ha grande importanza il neuropeptide NPY. Questo è un peptide di 36 aminoacidi con una molecola di tirosina sia a livello del terminale



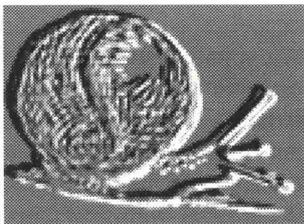
azotato che a quello di carbonio (da cui la denominazione di "Y"), sintetizzato nei nuclei ipotalamici, capace di stimolare fortemente l'assunzione di cibo e di inibire l'attivazione del sistema simpatico e quindi la spesa energetica. Nel modello si realizza un feed back nel quale la L e l'insulina, attraverso l'attivazione di recettori ipotalamici specifici, inibiscono la secrezione di neuropeptide NPY che stimola l'assunzione di cibo. Per converso il dimagrimento (e la conseguente riduzione dei livelli di L e di insulina) stimola la secrezione di neuropeptide NPY, cioè l'assunzione di cibo ed inibisce la via catabolica. Quest'ultima, cioè la via catabolica opposta all'azione dell'NPY, è rappresentata da una famiglia di proteine (Serotonina, Corticotropin Releasing Hormone (CRH), Melanocytin Stimulating Hormone) che hanno la capacità di indurre anoressia, aumentare la termogenesi e promuovere la perdita di peso. Questo sistema (la via cosiddetta catabolica e quella anabolica) controlla a sua volta il sistema del primo livello. Ad esempio un aumentato livello di L può attivare la via catabolica, che a sua volta può amplificare l'effetto dei segnali della sazietà per ridurre l'appetito e la quantità dei pasti. Solo per fare un esempio il metabolismo epatico del glucosio contribuisce alla sazietà attraverso segnali afferenti che viaggiano lungo il nervo vago e questi a sua volta sono controllati dal feed back negativo della L.

Applicazioni Cliniche

È possibile l'uso della L nel mantenimento della perdita di peso negli obesi? La somministrazione di L al topo obeso (con un difetto del gene "*ob*" e quindi di L) è in grado di determinare un rapido dimagrimento. Nell'uomo le cose non sono così chiare. Durante la fase attiva del dimagrimento prodotto dalla dieta i livelli di L si riducono ad un livello inferiore a quello che ci si aspetterebbe per quel determinato peso. Poi, dopo che si è ottenuta la riduzione del peso, si rialzano. In sostanza si può dire che:

- 1) la maggior parte dei soggetti obesi sono insensibili alla leptina endogena;
- 2) la risposta neuroendocrina, indicata dalla concentrazione della L si attenua,

una volta che la perdita di peso è stata raggiunta. Quest'ultimo fenomeno può spiegare la nota facilità con cui gli obesi tendono a recuperare il peso perduto con la dieta. La somministrazione esogena di L all'uomo non produce gli effetti osservati nel topo *ob* con difetto genetico, ma è ipotizzabile che la supplementazione di leptina durante la fase attiva della dieta dimagrante sia in grado di inibire la risposta neuroendocrina e quindi di permettere di mantenere, con maggior facilità il peso perduto. Molte ricerche in questo senso sono attualmente in corso. Le conoscenze sulla L ci permettono di capire meglio anche situazioni diverse dall'obesità. Alcune malattie debilitanti come il cancro e la Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) inducono una perdita di peso, che non viene contrastata dall'attivazione di alcun meccanismo biologico. Una possibilità è che vengano prodotti dei



fattori che, come la L, non solo inducono anoressia, ma anche compromettono l'adattamento alla perdita di peso. Molti tipi di citochine (Tumor Necrosis Factor, IL-1 e 6, Interferon) causano anoressia e perdita di peso nel topo, insieme ad aumentata sintesi e rilascio di CRH ipotalamico. La stimolazione alla produzione di citochine da parte della malattia stessa, sia a livello sistemico che cerebrale potrebbe attivare vie cataboliche ipotalamiche che inibiscono la normale risposta alla perdita di peso. Non a caso il recettore per la leptina è un membro della famiglia dei recettori delle citochine e le vie intracellulari di traduzione dei segnali sono simili.

Conclusioni

È certo che l'interesse e le aspettative sulla L sono molto elevati; i più di 700 lavori pubblicati solo nell'ultimo anno lo dimostrano. Al momento la speranza

(indotta dagli studi sul topo) di poter usare la L come ormone dimagrante nell'uomo è stata frustrata. Geni specifici che predispongono all'obesità nell'uomo, analoghi a quelli del topo *ob/ob*, non sono ancora stati identificati. Verosimilmente nell'uomo si è realizzato un fenomeno di selezione naturale di difesa del grasso corporeo contro ogni tentativo di restrizione calorica attraverso alterazioni della trasmissione del segnale della L al suo recettore e quindi non correggibili con la somministrazione esogena dell'ormone. Questo fenomeno ha avuto ragione di svilupparsi nelle società primitive e si dimostra pernicioso oggi nelle società opulente. L'esempio degli indiani Pima, che hanno presentato un incremento della prevalenza dell'obesità superiore al 90% dopo essersi trovati improvvisamente in un ambiente più favorevole dal punto di vista nutrizionale, è un forte supporto a questa ipotesi. Ma una notizia dell'ultima ora pubblicata come lettera su "Nature", e che richiede conferma, circa alcuni soggetti con grado marcato di obesità ad esordio infantile e con un difetto di L riapre la partita sul possibile impiego di questo ormone almeno in alcuni casi di obesità anche nell'uomo.

Bibliografia

R.V. Considine *et al.* Serum immunoreactive-leptin concentrations in normal-weight and obese humans *N. Eng. J. Med.* 1996;334:292

M.W. Schwartz *et al.* Seminars in Medicine: neuroendocrine responses to starvation and weight loss *N. Eng. J. Med.* 1997;336:1802

C.T. Montague Congenital leptin deficiency is associated with severe early-onset obesity in humans *Nature* 1997;387:903



Un po' per gioco

Quiz milionari

a cura di S. Fedele

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 50

Anche noi proponiamo quiz, quiz milionari ma solo nel senso che: non sapere la risposta giusta è costato molti milioni di dollari ai colleghi pediatri americani.

Entro quanto tempo, una volta sospettata una meningite, bisogna fare l'antibiotico a un bambino?

Risposta: da 30 a 60 minuti.

Il medico che aveva fatto l'antibiotico dopo tre ore dalla puntura lombare è stato condannato a \$ 140.000 dalla Corte suprema di Los Angeles (VC014436); il paziente era un bambino affetto da Sindrome di Down e il sospetto iniziale confermato dall'RX polmonare era polmonite. Il paziente è deceduto. Il ritardo nella terapia è stato considerato cruciale.

Qual è il rischio di emorragia fatale dopo un intervento di tonsillectomia?

Risposta: 0,002%

Il medico che aveva rassicurato i familiari di un bambino che aveva presentato sanguinamento dopo sei giorni dall'intervento chirurgico è stato condannato a \$ 850.000 dalla corte suprema di New York. Dopo la rassicurazione del medico, il bambino continuò a vomitare con sangue e per diversi giorni finché fu portato in PS in shock. Il bambino è successivamente deceduto. Le emorragie post-intervento di tonsillectomia si dividono in primarie (entro 24 ore) e ritardate (o secondarie); queste ultime insorgono tra il 5° e il 10° giorno dall'intervento.

Entro quanto tempo dall'insorgere della sintomatologia acuta, l'intervento chirurgico salva nel 100% dei casi un testicolo in caso di torsione?

Risposta: entro tre ore.

Un pediatra americano che aveva fatto diagnosi errata di epididimite in un caso di torsione del testicolo è stato condannato al pagamento di \$ 350.000 dalla Corte suprema dell'Indiana. La diagnosi errata aveva infatti portato al ritardo di 24 ore dell'intervento con conseguente orchietomia.

Corso di aggiornamento in Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Rimini, 15 e 16 maggio 1998
Centro Congressi Park Hotel

Venerdì

ore 14.30

Obesità nel bambino e nell'adolescente
Pediatra generalista ed endocrinologo a confronto
G.C. Biasini, S. Bernasconi, modera A. Alberti

Sessioni parallele

ore 15.15 -16.45

Elaborazione di un protocollo: i "dieci comandamenti" da parte di ogni gruppo sui seguenti argomenti:
Schemi e dosi di terapia insulinica (3 Gruppi paralleli)
Indicazioni convenzionali all'uso del GH (3 Gruppi paralleli)

Casi clinici

ore 17.00-17.45

Presentazione di casi clinici selezionati con il commento di M. Cappa e V. Vecchi

ore 17.45-18.30

Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa sulle indicazioni all'uso del GH B. Boscherini, S. Loche (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussi in aula con il pubblico)

Sabato

ore 9.00

Quando inviare il bambino allo specialista endocrinologo
Pediatra generalista ed endocrinologo a confronto
F. Panizon, E. Cacciari, modera S. Volpato

Sessioni parallele

ore 9.45-11.15

Come imparare a leggere l'età scheletrica in 90' (3 Gruppi)
L'adattamento insulinico: altri "dieci comandamenti" (3 Gruppi)

ore 11.45-12.45

Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa di terapia insulinica M. Vanelli, M. Pocecco (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussa in aula con il pubblico)

Segreteria scientifica

A. Brunelli, G. Cerasoli, V. Lotti, M. Pocecco, (Cesena)
Tel. 0547/372841, fax 0547/352656,
e.mail: mpocecco@cessn.unibo.it

Segreteria organizzativa

ADRIA CONGREX, Parco F.Fellini, 3 - 47037 Rimini
Tel. 0541/56404, fax 0541/56460, e.mail: acx@iper.net

La quota d'iscrizione è di lire 180.000

Dalla ricerca alla clinica nuove acquisizioni per il pediatra

Napoli, 15 e 16 maggio 1998
Hotel Continental

Venerdì

I Sessione

Allergologia e Immunologia
Modera L. de Seta (Napoli)

9.15 Lettura

Le ricadute della ricerca sull'immunologia e l'allergologia clinica
A. Vierucci (Firenze)

9.45 Presentazione di casi clinici di allergologia:

discussione con televotazione Coordina G. Longo (Trieste)

11.45 Dibattito con gli esperti

13.00 "Internet": dall'aggiornamento al lavoro di gruppo
S. Fedele (Palermo) - P. Siani (Napoli)

II Sessione

Gastroenterologia
Modera L. Greco (Napoli)

15.00 Lettura

Le ricadute della ricerca sulla gastroenterologia
A. Fasano (Baltimora, USA)

15.30 Presentazione di casi clinici di gastroenterologia:

discussione con televotazione Coordina A. Ventura (Trieste)

17.30 Dibattito con gli esperti

Sabato

III Sessione

Broncopneumologia
Modera M. Miraglia Del Giudice (Napoli)

9.00 Lettura

Le ricadute della ricerca sulla pneumologia
R. Ronchetti (Roma)

9.30 Presentazione di casi clinici di pneumologia:

discussione con televotazione Coordina L. de Seta (Napoli)

11.15 Dibattito con gli esperti

12.15 Tavola rotonda

L'assistenza pediatrica integrata sul territorio:

quale nuovo modello? Modera S. Auricchio (Napoli)

Relazioni introduttive: G. Tamburlini (Trieste), G. Cirillo (Napoli)
Partecipano:

B. De Stefano (Direttore ARSAN Campania), A. Montemarano (Direttore sanitario ASL Na 1), F. Tancredi (coordinatore area materno-infantile ASL Na 1), A. Schiassi (Direttore Servizio Centrale di Controllo di Qualità ASL Na 1)

Segreteria organizzativa

Jean Gilder Congressi S.r.l. via Quagliarello 35/E
80131 Napoli - Tel. 081/5463779, fax 081/5463781

La quota d'iscrizione è di lire 250.000

Disagio sociale e salute

G. Cirillo

Ospedale SS. Annunziata - ASL 1, Napoli

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 52-55

Concludiamo con questo articolo le rassegne bibliografiche sui bambini con bisogni speciali, le altre rassegne sono state pubblicate sul n° 6/96, 4/97 e 1/98 di Quaderni acp.

1. The contribution of nutrition to inequalities in health

James W.P., Nelson M. et al.
BMJ 1997;314:1545-9

Quest'importante articolo sottolinea fortemente le problematiche della malnutrizione nelle classi disagiate, ribadendo con enfasi il contributo della nutrizione non adeguata alle problematiche sanitarie della popolazione emarginata. Le differenze nella salute tra le classi sociali sono evidenti in tutte le età. I gruppi di livello socioeconomico più basso hanno una più alta incidenza di bambini prematuri e di basso peso, malattie cardiache, stroke e alcuni tipi di tumore in età adulta. I fattori di rischio, che comprendono il non allattamento materno, il fumo, l'inattività fisica, l'obesità, l'ipertensione e diete povere sono concentrati nei gruppi di popolazione di livello socioeconomico più basso. La dieta di questi gruppi è fatta di cibi ad alta concentrazione energetica con derivati interi del latte, carne, zuccheri, conserve, patate, cereali, ma hanno uno scarso contenuto di verdure, frutta e pane integrale.

Questo tipo di dieta è scarsa in nutrienti essenziali come Calcio, Ferro, Magnesio, Folati e vitamina C.

Le nuove conoscenze nutrizionali sul ruolo protettivo degli antiossidanti e altri fattori dietetici suggerisce che rendere più accessibili alla popolazione di basso livello socioeconomico diete ricche in verdure, frutta, cereali non raffinati, pesce e piccole quantità di oli vegetali di qualità avrebbe un impatto notevolissimo sulle loro condizioni di salute.

L'inchiesta annuale (Ministry of Agriculture, Fisheries, and Food. National Food Survey, 1980; London 1995: HMSO, 1981;1996) sulla nutrizione di 7.000 famiglie inglesi ha mostrato che, paragonato al gruppo di popolazione a più alto reddito (A), i gruppi a basso reddito (D e E2) consumano più latte (ma

meno latte parzialmente scremato), carne e prodotti a base di carne, grassi, zucchero e conserve, patate, cereali. Consumano d'altra parte poche verdure fresche, frutta e prodotti ad alto contenuto di fibre come il pane integrale. Le famiglie del gruppo sociale più basso spendono in media il 29% del reddito disponibile in cibo mentre quelle del gruppo sociale più alto il 18%. Nelle famiglie con bambini la spesa per cibo per persona, nei gruppi a basso reddito, è straordinariamente basso. Inoltre spendono poco per alcool e dolci. Ma questa scelta di cibi ricchi di energia (grassi e zuccheri) più economici, per unità di energia, impedisce l'uso di cibi ricchi di nutrienti protettivi (frutta e verdure).

Le differenze nella dieta nelle classi sociali nel corso del ciclo vitale

Gravidanza e nascita

Una dieta povera in gravidanza e il fumo portano ad un basso peso alla nascita. Una dieta povera in folati non solo predispone ai difetti del tubo neurale, ma anche ad un più basso peso alla nascita e ad una gravidanza più breve. La carenza di n-3 acidi grassi del pesce influenza lo sviluppo cerebrale, accorcia la gravidanza, riduce la crescita in peso del feto, limita la funzione placentare e la crescita fetale.

I gruppi del livello sociale più basso hanno un più alto tasso di gravidanze in adolescenti, di prematurità e di basso peso alla nascita.

Infanzia

L'allattamento al seno ha un'incidenza nelle classi a più basso livello socioeconomico della metà rispetto alle classi sociali del gruppo più alto. I bambini di basso livello sociale hanno tassi di anemia sorprendenti a causa della prematurità, delle scarse riserve di ferro e dell'inappropriato e precoce uso del latte vaccino.

Bambini in età prescolare

Vengono privilegiati, nei gruppi socioeconomici più bassi abitudini alimentari nei periodi critici, che prevedono l'uso intenso di cibi dolci e merende salate. In questo tipo di dieta la densità nutritiva è bassa e sono modesti gli introiti di micronutrienti.

Bambini in età scolare e adolescenti

La dieta povera dei bambini con basso reddito contribuisce all'alto tasso di carie

dentarie. La predisposizione all'anemia delle ragazze è amplificata dall'inattività fisica che riduce il cibo totale e l'introito di ferro. Basse assunzioni di ferro disponibile (come quello della carne e delle uova) promuovono l'anemia e il basso introito di latte limita l'accrescimento osseo. Quest'ultimo problema è accentuato dall'uso di cibi ricchi di fosfati e poveri di calcio, come le bevande alla cola che limitano l'assorbimento di calcio e promuovo-

no la sua eliminazione dalle ossa. L'alto tasso di fumo e bassi introiti di antiossidanti possono promuovere il danno al DNA degli spermatozoi nei giovani maschi. Le ragazze adolescenti gravide spesso hanno basso livello ferro, folati, calcio e ac. grassi n-3; questo comporta un maggiore rischio di prematurità, di bambini di basso peso alla nascita che continuano il ciclo intergenerazionale di malattia e svantaggio sociale.

Tab. 1. Eccesso dei tassi di morbilità nelle classi sociali più basse in relazione con la dieta in Gran Bretagna

Morbilità in eccesso	Fattori di rischio	Contributo della dieta
Anemia in gravidanza	Ferro basso, Folati bassi	Bassa assunzione di verdure, frutta, carne. Inattività fisica.
Parto prematuro	Folati bassi, Insufficienza Ac. grassi n-3	Bassa assunzione di verdure, frutta, oli appropriati e pesce.
Anemia in bambini e adulti	Ferro e folati bassi, deficit di vit. Ce B 12	Uso precoce di latte vaccino, scarsa assunzione di verdure, frutta e carne. Scarsa assunzione di nutrienti. Inattività fisica.
Malattie dei denti	Basso contenuto di fluoro nelle acque da bere	Merendine e bevande dolci tra i pasti.
Eczema/Asma	Fumo dei genitori; inquinamento ambientale.	Bassi tassi di allattamento materno.
Diabete insulino-dipendente	Infezioni virali	Bassi tassi di allattamento materno.
Obesità nei bambini e negli adulti	Scarsa opportunità di movimento ricreativo, traffico intenso, eccesso di televisione.	Inattività fisica, dieta densa di energia.
Ipertensione	Cibi raffinati, basso peso alla nascita; eccesso di peso in età adulta	Cibi salati e densi di energia con molto Na e poco K, Mg, Ca; alcool, scarsa assunzione di verdure, frutta, scarsa attività fisica.
Colesterolo alto Anormalità dei lipidi	Eccesso di peso	Eccessiva assunzione giornaliera di grassi ed oli vegetali non adeguati.
Basse lipoproteine ad alta densità o alti trigliceridi	Eccesso di peso	Inattività fisica; dieta densa di energia; scarsa assunzione di pesce.
Malattie delle arterie coronarie	Ipertensione, anormalità lipidiche, poco ferro, folati e antiossidanti	Cibi densi di energia e salati con basso K, Mg, Ca; alcool; scarsa assunzione di verdure, frutta, pesce. Scarsa attività fisica.
Malattie vascolari periferiche	Fumo, bassi folati, anormalità lipidiche	Scarsa assunzione di verdura, frutta, pesce.
Malattie cerebrovascolari	Fumo, bassi folati, anormalità lipidiche	Scarsa assunzione di verdura, frutta, cibi salati ricchi di energia, ricchi di Na e poveri di K, Mg, Ca. Alcool.
Malattie neoplastiche: polmoni, stomaco, orofaringe, esofago	Fumo, con eccesso di alcool	Scarsa assunzione di verdura, frutta.
Cataratta		Scarsa assunzione di verdura, frutta.
Malattie ossee nell'apopopolazione anziana	Deficit di vit. D, ridotte opportunità di movimento	Inattività fisica, dieta povera di calcio.

Adulti e Malattie croniche

Obesità, ipertensione, diabete non insulino-dipendente, malattie cardiache, stroke e cancro sono stati considerati fino ad ora malattie del benessere, ma attualmente questi problemi in Gran Bretagna colpiscono particolarmente i gruppi emarginati. Questo è dovuto al basso introito di antiossidanti (che favorisce l'aterogenesi), all'omocistinemia indotta da un introito di folati < a 400 microg/Kg che rappresenta un fattore di rischio indipendente per malattie coronariche, stroke e malattie vascolari periferiche. Il basso introito di folati, beta-carotene, vitamina C favorisce inoltre le malattie cardiovascolari; gli acidi grassi trans derivati dalle margarine idrogenate contribuiscono alla trombosi, all'aterogenesi e al basso peso alla nascita. Il grande introito di sale aumenta la pressione arteriosa e il rischio di stroke; il ridotto consumo di frutta e verdura riduce infine l'assunzione di potassio. Da questi dati emerge una grande influenza della dieta sulla salute dei gruppi svantaggiati. Le ragioni economiche e sociali sono complesse, ma il potenziale miglioramento dello

stato di salute legato ai comportamenti dietetici è enorme.

Questo articolo apre sicuramente uno scenario nuovo nella comprensione dell'influenza della nutrizione sulle malattie un tempo considerate del benessere. La capacità e la possibilità di scelta tra gli alimenti disponibili risulta fortemente influenzata dal reddito e dal livello culturale degli individui. La possibilità perché, per unità di energia e quindi per costo economico, gli alimenti peggiori risultano più convenienti. La capacità perché la comprensione dell'importanza della scelta di alimenti adeguati è influenzata fortemente dal livello culturale. Basti pensare a quanto l'allattamento materno da istintivo sia diventato negli anni una scelta culturale e come tale influenzata e influenzabile da meccanismi di mercato.

2. Inequality in health and health service use for mothers of young children in south west England

Baker D., et al.

Journal of Epidemiology and Community Health 1997;51:74-78

L'obiettivo dello studio è stato quello di analizzare l'associazione tra la deprivazione sociale e le variazioni della morbilità specifica delle madri di bambini nei primi otto mesi di vita e la consultazione del medico. I problemi sanitari e la consultazione del medico sono stati registrati utilizzando un questionario inviato per posta. Alle madri è stato chiesto di quali problemi, tra sedici più comuni avevano sofferto e quanto avessero consultato il proprio medico nei primi otto mesi dopo il parto. La deprivazione relativa è stata misurata usando indicatori come la proprietà della casa, il vivere in condizioni di sovraffollamento, la proprietà di un'auto, lo stato lavorativo del partner. Sono stati inoltre registrati lo stato lavorativo delle donne, l'età e la parità. Lo studio è stato condotto in tre distretti sanitari di Bristol e ha coinvolto 11.040 madri. I risultati mostrano che la deprivazione sociale è stata associata in maniera significativa a problemi sanitari derivati dallo stress come depressione, ansia, emicrania, cefalea: problemi

che hanno determinato la consultazione del medico. Per le altre condizioni come emorroidi, tosse, ... c'è invece un'associazione con una condizione di vantaggio sociale. Questi risultati sollevano il problema circa gli interventi possibili nel ridurre le disuguaglianze della salute nelle donne. Questi interventi dovrebbero avere un target specifico per età e morbilità. Per esempio provvedere ad asili nido economici ed accessibili a madri povere con bambini piccoli potrebbe senza dubbio alleviare gli effetti negativi dello svantaggio sociale sul loro stato mentale.

3. Social class and cancer survival in Turin, Italy

Rosso S., Faggiano F., Zanetti R., Costa G. Journal of Epidemiology and Community Health 1997;51:30-34

Questo studio analizza le differenze sociali nella sopravvivenza in corso di malattie neoplastiche nei residenti a Torino. Nei paesi sviluppati sono state ritrovate grandi differenze nell'incidenza di molti tumori in relazione alla classe sociale.

Queste differenze possono essere spiegate in molti modi, per esempio con la diversa intensità di esposizione a fattori di rischio, sia in termini di specifico agente che di sostanze chimiche nel posto di lavoro o in termini di un pattern di rischio più generale che comprende la dieta, il fumo, il comportamento sessuale. Nei tumori in cui è stabilita l'efficacia della diagnosi precoce (seno, utero), le differenze nell'incidenza delle lesioni avanzate o nella mortalità riflettono le disuguaglianze nell'accesso ai servizi di screening. Lo studio è stato effettuato incrociando i casi registrati nel registro dei tumori del Piemonte con i file del censimento 1981 del Comune e seguiti nel periodo 1985-92. Il censimento ha fornito dati sul livello di istruzione e sul reddito familiare che sono stati utilizzati come indicatori di classe sociale. Il tasso di mortalità è stato studiato tenendo conto degli indicatori socioeconomici. I risultati mostrano che in tutte e due i sessi c'è una migliore sopravvivenza della popolazione più istruita per tutti i tumori maligni e per i maschi per i tumori che hanno una migliore prognosi come quelli del colon-

retto, laringe, prostata e vescica. Il rischio relativo di morire, comparato con la popolazione che ha solo l'educazione primaria, scende a 0.91 per quelli che hanno un'educazione media, a 0.62 per quelli che hanno un titolo universitario. Anche in paesi con un servizio sanitario pubblico barriere non finanziarie possono contribuire alle disuguaglianze nell'accesso a cure migliori.

4. Marital status as a risk factor for fetal and infant mortality

Arntzen A., et al.

Scand J. Soc. Med. 1996;24:36-42

Lo studio si propone di valutare l'esito delle gravidanze delle donne sposate versus le madri nubili quando si controlla per l'età materna, il livello di istruzione, lo stato socioeconomico e il reddito, in un totale di 93.800 nati vivi singoli nel periodo 1978-82. Le madri nubili risultano essere più giovani, con un più basso livello di istruzione ed uno stato socioeconomico peggiore. Il tasso di nati morti, mortalità neonatale e post-natale risulta più alto nelle madri non sposate, con un rischio relativo di 1.5. Il risultato indica l'importanza dello stato giuridico delle madri come fattore di rischio anche in una società in cui il welfare è diffuso.

5. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases

Kington R.S., Smith J.P.

American Journal of Public Health, 1997;87:805-10

Quando una malattia colpisce un individuo ci possono essere ampie variazioni nell'impatto con il suo stato funzionale. Queste variazioni possono essere specialmente importanti nelle malattie croniche in cui il trattamento influenza i risultati clinici come nell'ipertensione e nel diabete. Il basso livello socioeconomico può influenzare lo stato funzionale nelle malattie croniche, in quanto questo fattore può ridurre l'accesso ai servizi, può determinare una bassa qualità delle cure e infine una diagnosi tardiva e quindi una mag-

giore severità della malattia. Lo studio si propone di studiare le relazioni tra la razza, il reddito e lo stato funzionale in corso di malattie croniche in un campione, ricavato da un registro nazionale, di 9.744 individui di età compresa tra 51 e 61 anni. Le malattie croniche considerate sono state l'ipertensione, il diabete, le malattie cardiache e l'artrite.

Per tutte le malattie croniche è stato creato uno score che valuta una serie di capacità funzionali e un conseguente indice di stato funzionale. I risultati mostrano che i bianchi e gli *afro-americani* hanno un più alto tasso di ipertensione, diabete ed artrite mentre gli *ispanici* riportano un più alto tasso di ipertensione e diabete e un più basso tasso di cardiopatie.

Stratificando il campione per reddito e livello di istruzione, le differenze di prevalenza si riducono fortemente. In generale, per quanto riguarda le malattie croniche gli *afro-americani* e gli *ispanici* riportano un peggiore stato funzionale rispetto ai bianchi, ma questo svantaggio si annulla se viene controllato per lo stato socioeconomico.

In definitiva il basso stato socioeconomico, indipendentemente dalla razza, influenza negativamente lo stato funzionale in corso di malattie croniche, ma non la presenza di queste. Il basso livello socioeconomico è un determinante importante nell'accesso ai servizi sanitari e un trattamento inadeguato può aumentare il rischio di complicazioni. La popolazione di basso livello socioeconomico può anche essere meno abile a modificare il proprio ambiente, per ridurre l'impatto dei cambiamenti sulle funzioni fisiche. Il basso livello socioeconomico è anche associato con comportamenti sanitari come il fumo, che possono aumentare il rischio di complicazioni o aumentare il rischio di altri problemi che possono a loro volta influenzare ulteriormente lo stato funzionale.

6. School Absence...

a valid morbidity marker for asthma?

Mc Cowan C., et al.

Health Bull Edinb. 1996;54:307-13

L'obiettivo dello studio è stato quello di misurare quanto i bambini con asma si

assentano da scuola rispetto agli altri e valutare se l'assenza da scuola può essere un indicatore di morbilità per asma. Si tratta di uno studio caso-controllo che analizza un campione di bambini iscritti, con dodici medici di famiglia, che frequentano le scuole primarie e secondarie della regione di Tayside. Si tratta di 773 bambini con asma messi a confronto con 773 bambini ricavati dai registri scolastici. Vengono misurati sia gli episodi di assenza da scuola che i giorni di assenza. La gravità dell'asma non è risultata correlata all'aumento delle assenze. Applicando un indice di deprivazione sociale ai bambini con asma, si ottiene una differenza significativa tra i ragazzi deprivati rispetto a quelli non deprivati, per quanto riguarda gli episodi di assenza. Le conclusioni sono che le assenze da scuola sono relative all'indice di deprivazione sociale e non alla severità dell'asma e che bisogna rivedere il valore dell'assenza da scuola come marker di morbilità infantile per asma.

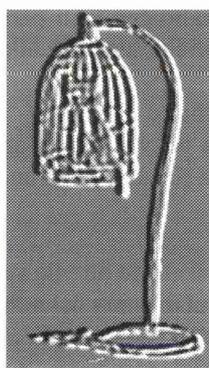
7. Maternal education and family income as determinants of severe disease following acute diarrhoea

in children: a case control study

Mahalanabis D., Faruque AS. et al.

J. Biosoc. Sci. 1996;28:129-39

È stato effettuato uno studio in una popolazione povera di Dhaka in Bangladesh teso a verificare l'associazione tra educazione materna, reddito familiare e gravità di malattia dovuta a diarrea nei bambini. Dopo aver stratificato il reddito familiare, un più



alto livello di istruzione materno è stato associato con il 54% di riduzione del rischio di malattia grave con grave disidratazione indipendentemente dal reddito familiare. Le conclusioni sono che il livello di istruzione materna, indipendentemente dal reddito, ha un'influenza positiva sulla malattia da diarrea acuta, influenzando favorevolmente la sopravvivenza dei bambini.

8. Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health

Rahkonen O., Lahelma E., Huuhka M.

Soc. Sci. Med. 1997;44: 327-36

L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare l'associazione tra le condizioni di vita dei bambini, insieme con lo stato socioeconomico passato e presente, con la salute da adulti nella popolazione finlandese. I dati sono derivati da una inchiesta nazionale sulle condizioni di vita del 1986. Il campione (n. 12.057) rappresenta la popolazione finlandese di 15 anni o più. Nello studio sono stati analizzati i soggetti con 30 anni o più. Due indicatori di salute sono stati considerati: le malattie croniche invalidanti e le condizioni soggettive di benessere. Quattro indicatori delle condizioni di vita dei bambini sono stati considerati: uno relativo ai problemi economici e tre relativi a problemi sociali familiari durante l'infanzia. In più è stato considerato il grado di urbanizzazione nell'area dove vivevano da bambini. Lo stato socioeconomico passato e presente è stato misurato dallo stato di origine, per esempio il livello d'istruzione dei genitori, e dallo stato di destinazione, per esempio il livello d'istruzione attuale. I problemi economici dell'infanzia sono stati messi in relazione allo stato di salute attuale. L'associazione dei problemi sociali durante l'infanzia con la salute è risultata minore che con i problemi economici. Un rapporto tra l'influenza reciproca dei problemi sociali ed economici mostra che i problemi economici sono più strettamente e più indipendentemente i determinanti della salute da adulti che non i problemi sociali. Lo stato socioeconomico passato, ma soprattutto presente, è un importante determinante dello stato di salute. ■

Quando fare la biopsia intestinale

Luigi Greco, Roberto Troncone

Dipartimento di Pediatria Università "Federico II", Napoli

Abstract

Jejunal biopsy:

when is it necessary?

Indications for jejunal biopsy are discussed. The most important ones are chronic diarrhoea, iron-deficiency anaemia resistant to treatment, epilepsy with endocranial calcifications, herpetiform dermatitis, positivity to AGA or EMA testing.

Keywords: Jejunal biopsy

La biopsia intestinale resta tutt'ora l'unico esame per fare diagnosi di certezza di malattia celiaca. Le nuove conoscenze sugli EMA (*Identification of tissue transglutaminase as the autoantigen of celiac disease. Nat. Med. 1997;3:797-801*) fanno prevedere però che in un prossimo futuro, aspettando la diagnosi genetica, la diagnosi sierologica di celiachia possa divenire una realtà.

In atto la soggettività della valutazione degli EMA non può fare scaturire una tale raccomandazione.

La realizzazione di metodi di dosaggio quantitativi renderebbe la standardizzazione più facile.

La biopsia resta intanto un esame di semplice esecuzione anche se invasivo e va assolutamente praticato sempre prima di mettere un bambino a dieta priva di glutine.

Vengono schematicamente indicate le condizioni cliniche e di laboratorio che suggeriscono di fare biopsia intestinale.

Indicazioni cliniche da sole sufficienti

- Diarrea cronica con distrofia e segni di malassorbimento.
- Perdita di proteine nel lume intestinale.
- Anemia sideropenica resistente al trattamento per os.
- Epilessia con calcificazioni endocraniche.
- Lesioni dello smalto dei denti permanenti, specifiche, simmetriche, sincrone allo sviluppo dentario.
- Dermatite erpetiforme.
- Prima di eseguire un challenge diagnostico.
- Per confermare la ricaduta dopo un challenge diagnostico.

Indicazioni di laboratorio da sole sufficienti

- IgA antigliadina al di sopra del normale.
- Anticorpi antiendomio presenti.
- IgG antigliadina elevate in soggetto con deficit di IgA.

Indicazioni cliniche e di laboratorio (A) combinate + indicazioni di laboratorio specifiche (B)

Sono richiesti come minimo un criterio A + un criterio B

Criteri di tipo A

- Diarrea cronica.
- Vomito non altrimenti spiegato.
- Dolori addominali ricorrenti.
- Feci non diarroiche, ma voluminose, untuose, grigiastre.
- Fratture patologiche.
- Segni di rachitismo.
- Down.
- Deficit di IgA.
- Iperfosfatemia non familiare.
- Ipoalbuminemia (senza altre cause).
- Ritardo (-2DS) dello sviluppo puberale.
- Perdita del proprio pattern di crescita in peso e/o lunghezza (attraversamento verso il basso di 2 linee di percentili).
- Bassa statura isolata.
- Depressione e insoddisfazione del proprio stato fisico.
- Familiare di I grado di soggetto celiaco.
- Diabete.
- Tiroidite.
- Ipertransaminasemia isolata.
- Anemia sideropenica.
- Ipofolatemia.
- Afte recidivanti.

Criteri di tipo B

- Test di permeabilità alterato.
- IgG antigliadina elevata.
- Scarso assorbimento di ferro in paziente sideropenico (incremento della sideremia, 2 ore dopo il carico orale di 1 mg/Kg di ferro solfato, inferiore a 150 microgr.).
- Test allo xilosio alterato.



Il pianto: qualche suggerimento alle neo-mamme

Monica Pierattelli

Pediatra di libera scelta, A USL Firenze

Quaderni acp 1998; vol V, n° 2: 57

Abstract

Infant cry: guidelines for parents

The most frequent causes of infant cry (hunger, loneliness, heat, cold, noise, frustrations, colics, boredom) are illustrated. Suggestions are given to parents to tackle the problem.

Keywords: Infant cry, Parents' education

I bambini piangono tutti ed è normale: nei primi tre mesi di vita circa due ore al giorno, e qualcuno anche più di tre ore. Infatti in assenza della capacità di parlare, i neonati non hanno altro sistema di segnalazione. Il pianto è appunto un generico richiamo, un segnale che ha lo scopo di portare la madre vicino al suo piccolo, il più presto possibile. Ma è anche un modo per dialogare, per allenare gli altri a rispondere adeguatamente. Per alcuni genitori il pianto è un problema, per altri è un evento normale, e come tale, è tollerato. Vediamo se possiamo darvi qualche suggerimento per provare a captare, prima, cosa vostro figlio vuole dirvi, anche se la maggior parte delle mamme, grazie alla propria sensibilità, riesce ben presto a trovare la strada migliore per capire e rispondere: con il seno, un bacio, un abbraccio. Subito dopo la nascita tutti i "pianti" sembrano e sono in effetti molto simili: è necessario un pò di tempo (qualche settimana) perchè il neonato impari a comunicare meglio e i genitori a capirne le innumerevoli sfumature. Certamente la *fame* è uno degli stimoli più forti che porta un neonato a chiamare. È un linguaggio fatto di grida sempre più forti e prepotenti fino a che non gli viene offerto il seno o il biberon. Solo così lo vedrete calmarsi, talvolta anche già ai preparativi. Ma nutrirlo non deve rimanere l'unico modo di rispondere, mi raccomando. Se il piccolo è *bagnato o sporco* può gridare: è un segnale che ha il timbro del disagio, del malessere, non del dolore o della sofferenza. Così il pianto di *solitudine* o quello del neonato che vuole essere preso in braccio. Anche gli stimoli troppo forti possono essere causa di grida: *troppo caldo, troppo freddo, troppo sole, troppo rumore*. Non dimentichiamo quest'eventualità prima di pensare a cose più impegnative. Ogni madre poi impara a riconoscere il pianto del neonato che ha *sonno* e non riesce a dormire, e che a ben guardare si lamenta fregandosi gli occhi. Nel bambino un po' più grande, dopo i sei mesi, gridare può essere espressione di *noia o frustrazione* per non aver raggiunto un traguardo voluto. Se vuole prendere un oggetto e non ci

riesce, se vuole fare qualcosa e sbaglia può scoppiare in un pianto violento per rabbia o per richiedere aiuto per svolgere un compito apparentemente piccolo ma per lui molto importante. *Insomma, basta pensare che il piccolo bambino è una persona e che ha, al pari di un adulto, molte più esigenze di quante non crediamo e che va compreso e rispettato*. C'è invece un pianto di dolore, molto comune tanto da essere quasi considerato normale che le madri imparano rapidamente a riconoscere: *le coliche gassose*. Cominciano già verso i primi 10 - 15 giorni di vita. Il bambino, solitamente la sera, tira le gambette, diventa rosso, si irrigidisce, si contorce e soprattutto piange. Sembra non placarsi con nulla. Tutti i tentativi per tranquillizzarlo falliscono, lasciando la madre in uno stato di tensione che non fa altro che peggiorare la situazione. Infatti i bambini sono sensibilissimi, a pelle, allo stato di tensione materno e reagiscono inquietandosi ancor di più. Non si conoscono ancora le motivazioni profonde di questo pianto incessante: per alcuni la spiegazione sta nell'eccessiva presenza di aria nell'intestino, per altri il pianto serve a scaricare la tensione accumulata nella giornata, per altri ancora sarebbe causato da una allergia alimentare, per altri ancora è la digestione difficoltosa. Il consiglio generico di fronte alle coliche gassose è quello di cercare di consolare come possibile il proprio bimbo, facendosi anche aiutare nei casi di particolare stress. Può essere utile tenerlo in braccio, metterlo a pancia in giù, dondolarlo vigorosamente, attaccarlo al seno. Le coliche, che sono massime nel secondo mese, spariscono comunque entro il terzo, lasciando solo un ricordo. Solo se le coliche sono particolarmente violente, si presentano anche al mattino o sono davvero eccessive, parlatene con il pediatra: potrà consigliarvi qualche accorgimento farmacologico o ricercare alcune cause mediche. *Per finire*: è stato dimostrato che i bambini piccoli che vengono presi in collo quando gridano e vengono capiti, cullati e coccolati, saranno sicuramente bambini più sereni e più fiduciosi nel prossimo. Provare per credere. ■

**ABC per il pediatra pratico:
oltre la clinica**

Alghero, 11 e 12 settembre 1998
Hotel Catalunja

Venerdì

9.00 *Lettura magistrale*
Progressi nella valutazione del rischio genetico (A. Cao)

Celiachia oggi

Moderatori: T. Meloni, C. Vullo
9.30 *Novità sulla patogenesi della celiachia (S. De Virgiliis)*
10.15 *La celiachia nel mondo (G. Fanciulli, C. Catassi)*
11.10 *Una malattia per quale specialista? (A. Ventura)*

Piano Sanitario nazionale, piani regionali e salute del bambino

Moderatore: G. Tamburlini
12.00 *Osservazioni al piano sanitario nazionale e proposte per la riorganizzazione delle cure pediatriche (G.C. Biasini)*
12.30 *La salute infantile nel piano regionale (A. Bracciotti Assessorato Sanità Regione Sardegna)*

Itinerari di prevenzione del disagio giovanile

Moderatore: F. Panizon
15.00 *L'epidemiologia*
I dati disponibili (D. Baronciani)
Uno sguardo alla realtà locale (V. Lamieri, Assessorato Sanità Regione Sardegna)

17.15 *Gli interventi possibili*
Fattori di rischio e protezione (G. Tamburlini)
La legge 285 ed il ruolo dei servizi (V. Belotti)
Il ruolo della scuola (G.C. Arru, Provveditorato Studi - Sassari)
Il ruolo dell'Associazione (P. Demartis, Ass. Primavera Alghero)

Sabato

Asma

Moderatori: F. Panizon, C. Vullo
9.00 *Prevenzione primaria e secondaria (A. Boner)*
9.45 *Immunoterapia specifica (G. Longo)*
10.30 *Uso degli steroidi topici (A. Corrias)*
11.30 *Vaccinazioni: domande e risposte (B. Assael)*
12.15 *Dalla lezione all'interazione: l'utilizzo di Internet per il medico (S. Fedele, F. Dessì)*

Colloqui con lo specialista

Moderatori: A. Ventura, G. Biasini
15.00 *Casi Clinici (F. Panizon)*
15.40 *La comunicazione di malattia grave alla famiglia (C. Vullo)*
16.10 *Stenosi ipertrofica del piloro: esistono spazi per una terapia medica conservativa? (A. Dessanti)*
16.40 *Il piede nell'età evolutiva: bisogna sapere che... (G. Maranzana)*
17.20 *Casi Clinici (F. Panizon o A. Ventura)*
18.00 *La pratica della genetica medica in Pediatria (F. Pasquali)*
18.30 *Quando indirizzare all'Oculista? (F. Carta)*

Per informazioni rivolgersi a Franco Dessì Tel. 0783/57401 o a Giovanni Fanciulli Tel. 079/996270

**Convegno Nazionale
"Dermatologia per il Pediatra"**

Rimini, 29 - 30 maggio 1998
Hotel Le Conchiglie

Venerdì

9.00 *Apertura del Convegno*
Saluto del dr. Walther Domeniconi
Direttore Generale dell'AUSL di Rimini

Moderatori: M. Pocecco, G. Fabrizi
- *Le infezioni da HPV, P. Mulas*
- *Le infezioni batteriche della cute, M. Paradisi*
- *Le dermatiti dell'area del pannolino, S. Catrani*
Flash *La terapia della micosi, G. Camplone*

11.15
Moderatori: M. Paradisi, V. Vecchi
- *I nevi melanocitici dell'infanzia, G. Landi*
- *Il ruolo del pediatra nella diagnosi neonatale dei nevi melanocitici congeniti, A. Brunelli*
- *Le affezioni dermatologiche dell'adolescente, A. Patrizi*
Flash: *La terapia idratante, M. Feliciangeli*

15.00
Moderatori: F. Arcangeli, G.C. Biasini
- *Le vasculiti cutanee, V. Vecchi*
Confronti: *Dermatite erpetiforme e celiachia, A. Ventura - S. Menni*

17.15
- *La psoriasi infantile, G. Fabrizi*
Confronti: *Dermatite atopica: i trucchi del mestiere, G. Longo - C. Gelmetti*

Sabato

9.00
Moderatori: G. Landi, F. Panizon
- *Le malattie di Lyme in età pediatrica, G. Trevisan*
- *Dermochirurgia pediatrica, F. Arcangeli*
- *Tecniche di anestesia ambulatoriale, P. Venturi*
Flash: *La terapia ambulatoriale delle ustioni, M. Pierleoni*

11.15
Moderatori: C. Gelmetti, S. Ventura
- *Le dermatiti neonatali, E. Bonifazi*
- *Il bambino e la sua pelle. Implicazioni pratiche di una lettura psicosomatica, F. Panizon*
- *Novità in dermatologia pediatrica, A. Taieb*

Presidenti Onorari: prof. Giorgio Landi, prof. Franco Panizon
Presidente: F. Arcangeli

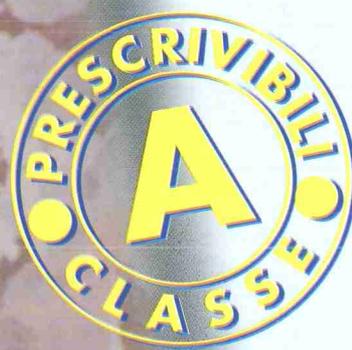
Segreteria scientifica:
S. Catrani, M. Feliciangeli, M. Leardini, M. Pierleoni
U.O. di Dermatologia, Ospedale Infermi - AUSL Rimini
tel. 0541/705527, fax 0541/705252

Segreteria organizzativa: CpA Congressi, via della Balduina 260
00136 Roma - tel. 06/35402149, fax 06/35402151

S O L U Z I O N I P E R A E R O S O L

Lunibron-A[®]

Flunisolide



Depositato presso il Ministero della Sanità in data 28/10/1997

Broncovaleas

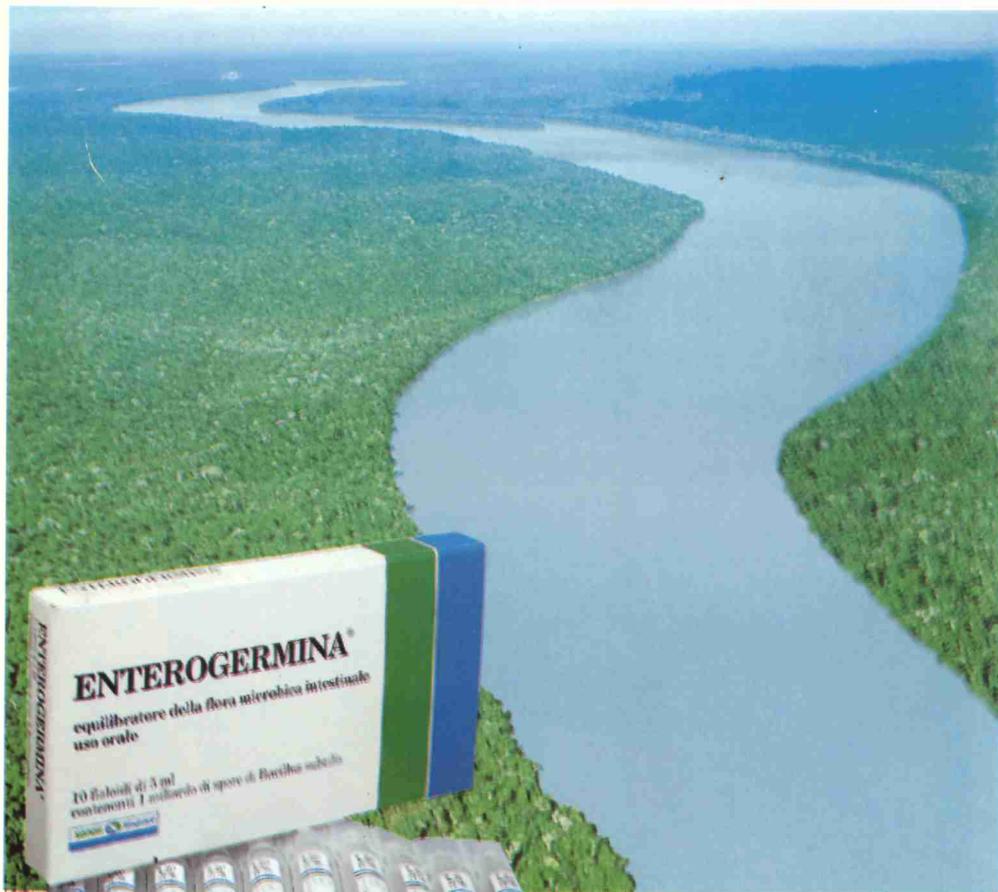
Salbutamolo

VALEAS

ECOSISTEMA: RISPETTARLO PER VIVERE MEGLIO

Dep. presso il Min. San. in data 26-11-94

Rio Iguaçu (Parco Nazionale di Rio Iguaçu) Paraná - Brasile



ABE



10 fialoidi di 5 ml

ENTEROGERMINA® ECOSISTEMA INTESTINALE



Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione della specialità: ENTEROGERMINA
2. Composizione qualitativa e quantitativa - Un fialoide contiene: principio attivo: spore di *Bacillus subtilis* poliantibiotico resistente 1 miliardo. **3. Forma farmaceutica** - Sospensione orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE - 4.1 Indicazioni terapeutiche** - Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante il ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** - Adulti: 4-6 fialoidi al giorno; bambini: 3-4 fialoidi al giorno; lattanti: 2-3 fialoidi al giorno, salvo diversa prescrizione medica. Somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del fialoide in acqua zuccherata, latte, tè, aranciata. **4.3 Controindicazioni** - Ipersensibilità accertata verso il prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.**
4.4.1 Speciali avvertenze - L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei fialoidi di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus subtilis*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il fialoide prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** - Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** - Non sono note eventuali interazioni me-

dicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** - Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** - Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** - A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. Proprietà farmacologiche - 5.1 Proprietà farmacodinamiche** - ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus subtilis*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus subtilis*, grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici, superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetraciline, Macrolidi, Aminoglicosidi, Novobiocina, Cloramfenicolo, Tiamfenicolo, Lincomicina, Isoniazide, Cicloserina, Rifampicina, Acido Nalidixico e Acido Pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Lista degli eccipienti** - Acqua distillata sterile - **6.2 Incompatibilità** - Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** - Stabilità a confezionamento integro: 24 mesi. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** - Nessuna. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** - Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Prezzo L. 10.000. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. Prezzo L. 18.300. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI WINTHROP S.p.A. - Via Piranesi, 38 - Milano. - **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - Confezione di 10 fialoidi A.I.C. n° 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. n° 013046026. - **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** - Confezione di 10 fialoidi: 3 Novembre 1978/1 Giugno 1995. **10. Tabella di appartenenza secondo D.P.R. 309/90** - Non soggetta al D.P.R. 309/90. **11. Regime di dispensazione al pubblico** - Non soggetta a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.