

Quaderni acp

www.americaninternet.com/acp/index.htm

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

Giugno 1998

Il modello Blair

*Il bambino con disfunzione psicosociale
e i servizi pediatrici nella AUSL di Cesena*

*Relazione del Presidente al decimo
congresso dell'Associazione Culturale
Pediatri*

*Il sistema di segnalazione delle reazioni
avverse da farmaci in pediatria*

Lessico poco familiare: il digest sull'efficienza

*Scelte ed impegni del Piano Sanitario
della Regione Piemonte*

*Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza
della clinica pediatrica di Milano*

La misura della qualità: processo o risultato

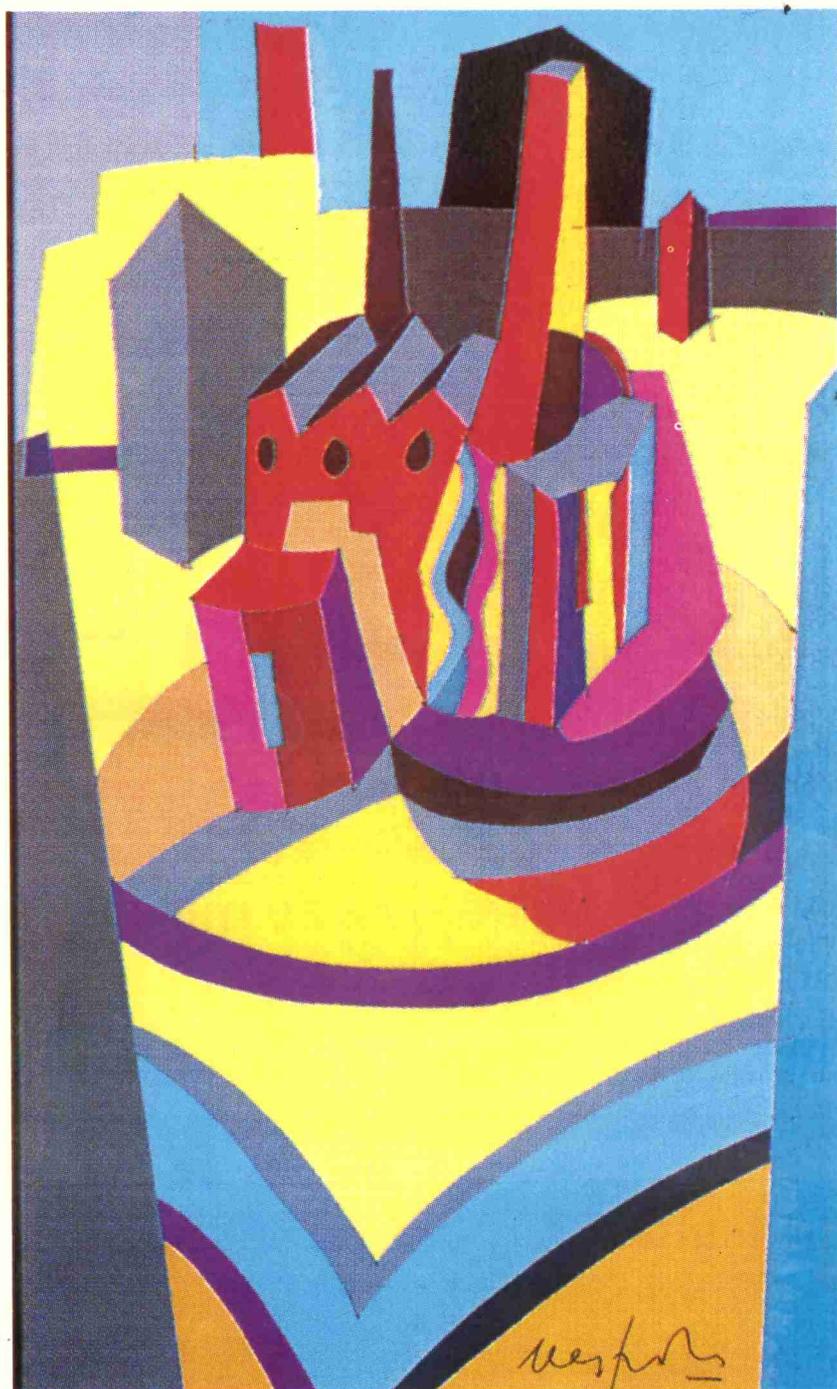
Una piastrinopenia non da poco

*La ricerca di "evidenze" per un bambino
con Tic-Tac*

Il frenulo linguale: clinica e terapia

Il trapianto renale nei bambini oggi in Italia

L'infezione da Helicobacter Pylori



edizioni no profit
ACP

LATTOBACILLI: MEGLIO VIVI!



BIFILACT®

Lattobacilli vivi

LATTOBACILLI PROTETTI

EFFICACIA E MAGGIORE VITALITÀ



FIDIA

Depositato presso il Ministero della Sanità in data 26/02/97

ACP news

4 Riunione del gruppo ACP sull'abuso

Rubrica redazionale

Editoriale

6 Il modello Blair

Giancarlo Biasini

Congressi controllo

8 Tabiano VII, Varenna, Cosenza, Trieste

Rubrica redazionale

Ricerca

10 Il bambino con disfunzione psicosociale e i servizi pediatrici nella AUSL di Cesena

Francesco Ciotti

Relazione del Presidente

12 Relazione del Presidente al decimo congresso dell'Associazione Culturale Pediatri

Giorgio Tamburlini

Libri

16 Le recensioni del mese

Rubrica redazionale

Letture

18 Il destino degli esposti nel medioevo e dopo: il caso di Ravenna

Romano Pasi

Organizzazione sanitaria

21 Il sistema di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci in pediatria

L. Guglielmo, R. Leone, A. Conforti, U. Moretti, G.P. Velo

24 Lessico poco familiare: il digest sull'efficienza *red.*

25 Scelte ed impegni del Piano Sanitario della Regione Piemonte

A. Ravaglia, G. Garrone

30 Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza della clinica pediatrica di Milano *red.*

Diritti

28 Lavoro integrato nel Lazio per i bambini con patologia cronica *ACP Lazio*

Info

32 Notizie di interesse sanitario dall'Italia

Rubrica redazionale

World - Info

34 Notizie di interesse sanitario dal Mondo

Rubrica redazionale

ausili didattici

Leggere & Fare

38 La misura della qualità: processo o risultato

Giancarlo Biasini

Il caso che insegna

44 Una piastrinopenia non da poco *G. Primavera*

53 La ricerca di "evidenze" per un bambino con Tic-Tas *L. Marolla, C. Vignuda*

Abc in pratica

46 Il frenulo linguale: clinica e terapia

S. Fabro, L. Strohenger, A. Malerba

Aggiornamento avanzato

48 Il trapianto renale nei bambini oggi in Italia

L. Ghio, F. Sereni

Il punto su

50 L'infezione da Helicobacter Pylori

Giuseppe Magazzù

Informazioni per genitori e pazienti

56 Il caso della SIDS

M. Pierattelli, P. Donzelli, R. Piumelli

Riunione del gruppo ACP sull'abuso

Bologna, 3 aprile 1998

Si è riunito a Bologna il 3 aprile il gruppo ACP sull'abuso, presenti:

P. Brutti, L. Olimpi, A. Pelliccia, D. Baronciani, F. Ciotti, M. Del Giudice, M. Certosino.

Assenti giustificati:

P. Siani, N. D'Andrea, S. Fedele, P. Facchin.

1. La Commissione nazionale sull'abuso

Baronciani comunica che la Commissione si riunirà a Roma il 08/04/98. La commissione si dividerà in cinque gruppi di lavoro sui seguenti temi: monitoraggio esistente/percorsi innovativi; raccordo tra pubbliche amministrazioni/protocolli di intesa; formazione; informazione/divulgazione; prevenzione/prostituzione minorile. Tamburlini è il solo pediatra presente in Commissione. L'ACP è interessata allo svolgimento di almeno due di questi temi (formazione, monitoraggio esistente/percorsi innovativi di rete) e si decide di chiedere alla Commissione la partecipazione di due rappresentanti ACP nei due gruppi di lavoro.

2. Il dopo Varenna

È emersa una doppia necessità:

- organizzare per i pediatri del Sud, assenti a Varenna, corsi assimilabili a Varenna;
- mettere a disposizione di tutti i gruppi ACP e pediatri che lo richiedano, strumenti didattici capaci di fornire al pediatra le conoscenze utili per la semeiotica dell'abuso fisico / sessuale e dell'incuria / trascuratezza.

Perciò si pensa che il gruppo ACP debba curare la preparazione di due pacchetti formativi:

a) Pacchetto sull'abuso fisico e sessuale

L'ipotesi è di chiedere all'Associazione Pediatrica Americana la licenza d'uso sul materiale da essa prodotto sull'abuso fisico. Si può usare questo materiale, selezionandolo, integrandolo con materiale iconografico sull'abuso sessuale, producendo un software didattico e vendendolo come editore a chi lo richiede. Meno interessan-

te pare l'ipotesi di elaborare il pacchetto e poi farlo vendere da un altro editore. In caso di rifiuto dell'APA, è possibile acquistare sul mercato cinque copie del materiale APA (costo singolo Lit. 873.000) per poi elaborarlo e farlo girare fra i gruppi. Baronciani si fa promotore dell'elaborazione di questo pacchetto, con l'ausilio di un radiologo, un ortopedico, un dermatologo, un ginecologo, disponibili al lavoro.

b) Pacchetto sull'incuria-trascuratezza

Questo software didattico dovrebbe invece essere elaborato ex novo in casa ACP, prodotto e poi venduto con le stesse modalità di cui sopra. Facchin dovrebbe condurre questa operazione scegliendo i collaboratori. Ciotti è disponibile a partecipare a questo lavoro. I tempi di produzione non dovrebbero superare i sei mesi. A questo scopo Ciotti discuterà questo progetto con la Presidenza ACP.

3. Seguito per i partecipanti del Corso di Varenna

Baronciani invierà a tutti i partecipanti di Varenna una lettera contenente:

a) Questionario sulla rete operativa esistente e "in fieri" nella realtà territoriale propria del partecipante.

b) Scheda di rilevazione, proposta dal Coordinamento dei centri nazionali sull'abuso (A.C. Moro), con la richiesta di comunicare a Baronciani chi è disponibile a compilarlo.

4. Corsi nazionali sull'abuso al centro-sud

a) Ciotti comunica al Gruppo il programma del Corso Nazionale sull'abuso che si terrà a Palermo per pediatri e non pediatri delle regioni Sicilia e Calabria il 19-20-21 novembre. La data è subordinata alla disponibilità di Melita Cavallo, che sarà interpellata da D. Natoli in Commissione Nazionale il 8-4-98.

b) Si condivide la necessità di organizzare un altro Corso Nazionale al centro-sud, simile a quello di Varenna, destinato prevalentemente ai pediatri delle regioni

Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna, da organizzare a Napoli o a Matera, centrato su temi di epidemiologia, semeiotica del maltrattamento fisico/abuso sessuale/incuria, aspetti giuridici e penali, segnalazione e presa in cura. Pelliccia dichiara la disponibilità ad organizzare il Corso, con la riserva di sentire i colleghi di Napoli rispetto ai tempi. Si incarica Ciotti di verificare una eventuale disponibilità del gruppo di Nicola D'Andrea per l'alternativa Matera.

5. Prossima riunione

Si aggiorna la riunione a venerdì 12 giugno, ore 13.00-16.00, presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna viale Berti Pichat 4.

Assicurazione Assomedico per iscritti ACP

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, tel. 06/4404644 06/40500900 o inviare un fax allo 06/4423895 06/40500645 via De Rossi n. 12, 00161 Roma. Sede legale via Togliatti n. 1651, 00155 Roma.

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 Dessi
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

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).

Copie arretrate e reclami

Gianni Piras
via Prunizedda 62 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/298131
E-mail: abbquad@tin.it

© 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 sono tratte da "Dr. Dog" di Babette Cole, edito da Red Fox.

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.

Il modello Blair

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 6-7

Giancarlo Biasini

Sta prendendo corpo la visione dei laburisti nella sanità inglese. Una serie di articoli sui primi numeri del *BMJ* del 1998 ci dà l'opportunità di valutarla e di capire se vi sono "lezioni" anche per la sanità italiana. Premetteremo che la politica del Labour è stata caratterizzata, per molti anni, semplicemente dalla critica al modello Thatcher che prevedeva il "mercato interno" dei produttori e dei compratori di prestazioni; la sanità era gestita come un elemento mercantile e come tale di privatizzazione del sistema. Il modello dei *fundholders* che trasformava i medici in acquirenti di prestazione per i propri assistiti era un altro strumento di privatizzazione.

Ambedue, come tutte le privatizzazioni, avrebbero dovuto permettere un forte risparmio di investimenti da parte del SSN. È interessante notare che i conservatori erano stati costretti ad istituire norme di competizione interna al sistema in quanto, al contrario della situazione italiana, non vi sono in Gran Bretagna sufficienti strutture private nel campo sanitario, per instaurare una competizione fra pubblico e privato che è invece il leitmotiv, un po' noioso, della sanità italiana. Le principali componenti della critica al modello dei conservatori erano:

- La gestione della sanità frammentata in migliaia (4.000) di strutture di gestione (le *Health Authorities*, i *Fundholders*) impedisce la possibilità di programmare gli interventi e di stabilire strumenti di eguaglianza, anche perché di fronte ai medici inglesi, gestori dell'eguaglianza, potrà sempre di più il ricco che il povero.
- La possibilità affidata ai *fundholders* di stabilire contratti con gli ospedali (o per sole prestazioni diagnostiche, o anche per ricoveri) per ottenere migliori servizi per i loro pazienti, o servizi a prezzi ridotti, non ha nulla a che fare con la qualità dell'assistenza, e rende i medici ospedalieri privi di ogni potere di fronte ai practitioner e quindi fortemente demotivati.
- Non esiste alcuna garanzia che la competizione fra i medici avvenga alla luce delle norme di buona pratica. Gli indici infatti sono solo relativi all'efficienza ed al costo.
- I costi amministrativi dei "funds" sono insostenibili.
- Manca qualsiasi strumento di controllo democratico in quanto il compito istituzionale delle *Health Authorities* (le nostre USL che amministrano aree di circa 500.000 abitanti) e dei *Trust* (enti di produzione di servizi ospedalieri e territoriali) è solo finanziario.

Il programma del labour salva, almeno per ora, del modello conservatore la separazione fra le *Health Authorities* (HA) ed i *Trust* cioè fra chi amministra i fondi del SSN e programma gli interventi assistenziali (livello di programmazione) e chi fornisce le prestazioni facendosele pagare dalle HA (livello di produzione dei servizi).

Prova, però, a mettere delle pezze su questa autonomia. Vediamole.

Le HA eserciteranno il loro livello programmatico formulando l'*Health Improvement Programme* che avrà durata triennale, a far tempo dal 1999, con l'obiettivo di:

- dare risposta ai bisogni di salute della popolazione dell'area della HA,
- definire i servizi, le prestazioni, gli investimenti necessari per soddisfare i bisogni di salute,
- fare accordi di programma con tutte le componenti assistenziali che forniscono prestazioni.

Il livello di distinzione è quindi più marcato che in Italia, dove le AUSL sono contemporaneamente acquirenti di servizi ospedalieri e produttori di servizi territoriali, ma più precisa che in Italia è la collocazione di un unico livello di programmazione che si trova nelle HA al quale i produttori di servizi dei *Trust* devono forzatamente adeguarsi se vogliono vendere i servizi.

Al posto del *fundholding* (che finirà il 1° aprile 1999) nasceranno i *Primary Care Groups* (PCG). Questi sono uno strumento assistenziale, ma anche un mezzo di rappresentanza e di partecipazione alla gestione da parte dei practitioner. Nascerà un PCG in un'area di 100.000 abitanti che sarà collocato all'interno di una HA che è di circa 500.000 abitanti. Grosso modo un PCG corrisponderà ad un nostro attuale distretto o ad una "vecchia" USL. La partecipazione dei medici al PCG è obbligatoria e non più facoltativa come per il *fund*; inoltre ai PCG parteciperanno anche tutti

gli operatori dell'area delle cure primarie, compresi quelli dei servizi sociali. Le funzioni dei *PCG* sono le seguenti:

- *Informative*: fornire le informazioni alle *HA* per la formulazione del Programma e collaborare alla estensione del medesimo con ampie facoltà di intervento e discrete garanzie di ascolto.
- *Operative*: operare localmente perché i bisogni di salute da soddisfare secondo il Programma siano effettivamente soddisfatti.
- *Amministrative*: acquisire i servizi sanitari per attuare il Programma nell'area del gruppo, funzione che prima era o della *HA* o dei *fundholders*.
- *Valutative*: verificare la qualità dei servizi acquisiti, e dei servizi prodotti dal Gruppo stesso, nell'area delle cure primarie (*Local Medical Committee*).
- *Produttive*: in casi particolari i *PCG* possono arrivare ad essere perfino un'azienda produttrice di servizi (*Primary Care Trust*) che incamererebbe direttamente i finanziamenti della *HA* per le cure primarie, la medicina di comunità, la riabilitazione ed addirittura gli ospedali rurali. Questa funzione è forse la più discutibile perché è difficile immaginare come si possa essere fornitori di prestazioni pagate da un ente e contemporaneamente addetti alla valutazione delle medesime. Sarebbe come affidare alla sanità privata e accreditata il compito di valutare la qualità delle proprie prestazioni. Per tutte queste funzioni vi sarà un organo di gestione del *PCG*, del quale faranno parte anche i rappresentanti dei Comuni, e che risponderà direttamente alla *HA*. Il personale medico o tecnico impegnato nella gestione del gruppo riceverà un compenso per queste nuove attività che andrà ad aggiungersi al compenso per le attività assistenziali. La forte autonomia del Gruppo è dimostrata anche dal fatto che il Budget assegnatogli sarà unico, mentre quello dei *fundholders* era suddiviso in farmaceutica, ricovero, specialisti ecc. senza possibilità di debordamenti settoriali o di travasi. Un altro punto su cui i laburisti stanno riflettendo è quello di riattribuire al SSN la competenza sui servizi sociali sottrattagli dai conservatori nel 1993 (*Community Care Act*) ed attribuita alle amministrazioni locali esattamente come è successo in Italia. Per aree di particolare disagio sanitario, culturale e sociale sono state progettate sperimentalmente alcune *Health Action Zones* per operare in territori, più vasti di una singola *HA*, nelle quali esistono problemi così complessi che non possono essere risolti con le normali procedure assistenziali. Non è fuori luogo ricordare che zone sanitarie sovradistrettuali sono state previste anche nel piano di aziendalizzazione della regione Toscana. Di fronte alla programmazione della *HA* stanno i *Trust* aziende che erogano le prestazioni ospedaliere e territoriali e che assorbono fra il 70% ed il 75% delle risorse del Fondo sanitario. I *Trust* saranno amministrati da un *Chief Executive* (nominato direttamente dall'esecutivo del SSN, come del resto il *Chairman* delle *HA*). Il *Chief* assomiglia molto ad un direttore generale, ma sarà coadiuvato-controllato da un consiglio di amministrazione (*Trust Board*) composto da amministratori locali e da un *Board Subcommittee* che assomiglia molto ad un consiglio dei sanitari, ma che, nelle intenzioni dei laburisti dovrebbe avere poteri più ampi (ci vuol poco!) nella gestione clinica del *Trust*. Questa attribuzione di poteri al *Board Subcommittee* può riuscire molto importante perché il modello laburista punta più del precedente, mirato tutto sul bilancio, a mettere la qualità al centro dell'attenzione. A tale scopo è stato istituito un *Institute of*

Clinical Excellence che si dovrà occupare di linee guida evidenze based e di metodologie di audit clinico ed un *National Service Framework* che si occuperà di fornire una serie di indicatori sull'efficienza dei servizi e sulla loro efficacia sulla salute degli inglesi. I programmi dei *Trust* non potranno essere definiti all'interno dei consigli di amministrazione ed "offerti ai clienti", come si dice in Italia, ma dovranno essere concordati con le *HA* e con i *PCG*. I profili di cura e le linee guida per singole patologie non potranno essere definiti con consensus dei soli medici ospedalieri, ma dovranno essere concordati con i *PCG* ed i servizi sociali. Dovranno essere definiti i costi delle linee guida dei trattamenti offerti in modo che le *HA* possano da una parte definire ed identificare le inefficienze, dall'altra rendersi conto della fattibilità dei trattamenti proposti. In sostanza se qualche conclusione può essere tratta da una lettura italiana, e da una non perfetta conoscenza delle pieghe del sistema, ci pare di potere dire che i laburisti:

- Hanno intuito che la "separazione" (fra *HA* e *Trust*, fra *fundholders* e produttori di prestazioni) sulla quale era basato il "mercato interno" o era fittizia o produceva disuguaglianze sulla qualità delle cure non ottenendo alcun beneficio sulla spesa pro-capite che in Gran Bretagna ha continuato a lievitare. Nel loro documento programmatico i laburisti stimavano questo incremento in 3.5 miliardi di sterline all'anno.

- Al posto di questa separazione, pur nella distinzione fra compratori e produttori, i laburisti propongono che i compratori siano anche programmatori ed hanno individuato un specie di programmazione-concertazione fra *HA*, *PCG* e *Trust* capace di produrre alla fine lo *Health Improvement Programme*; solo sulla base di questo può avvenire la compravendita. Hanno in sostanza tolto ai *Chief Executive* dei *Trust* la possibilità di una reale autonomia programmatica. Non potranno istituire una Terapia Intensiva Neonatale senza la concertazione con le *HA*.

- Hanno dato ai loro distretti (i *PCG*) dei compiti di identificazione dei bisogni (che i nostri distretti non hanno, né è prevedibile che avranno) e dei poteri programmatori inediti in una nazione dove il SSN è sempre stato fortissimamente centralizzato.

- Hanno recuperato la predominanza dell'efficacia sull'efficienza ed hanno collocato la valutazione in una sede con un'ampia presenza dei medici evidentemente scegliendo il metodo della valutazione fra pari.

Questa è, da una parte, la conseguenza dell'incapacità delle *HA* a svolgere un effettivo ruolo di controllo della qualità, dall'altra una scelta culturale di efficacia. Sempre sul piano della qualità non hanno rincorso, come da noi si fa, alla trasposizioni di metodologie efficientistiche di derivazione industriale, ma sono rimasti nel campo della tradizione valutativa del King Found: le Conferenze fra pari, il Clinical Audit, il Consensus.

Bisogna dire che il non avere scelto i DRGs come strumento di tariffazione ha reso le cose più semplici per i laburisti in quanto essi non hanno avuto a che fare con i perversi fattori di import ed export che avrebbero reso più difficile la gestione delle risorse all'interno delle *HA*.

Il problema vero è sapere se i *PCG* saranno in grado di svolgere questi compiti amministrativi e programmatori e se le *HA* vorranno effettivamente spogliarsi dei molti compiti attribuiti ora ai *PCG*. ■

TABIANO VII

Cultura e parmigiano

Dopo i molti settimi (Giorgio, Gregorio ecc.) è arrivato Tabiano VII. Sempre molta gente, alle 8.30 (si cominciava alle 9.00) prime cinque file già occupate da gente imperterrita che non vuole mollare i primi posti; alle 9.30 sala piena. Gruppi di studio pieni ed alle 17.30, prima dei gruppi, ancora 260 pediatri in sala tutti a scrivere con sporadici crampi dello scrivano. I gruppi di studio sfiorano l'orario e la cena ritarda. Stoici? Un po' fanatici? Autolesionisti? Cosa attira a Tabiano? Lo abbiamo chiesto e queste sono le risposte: gli argomenti semplici, l'understatement, la sportività, i relatori talora inusuali a parlare di cose usuali, il piacere di dare il voto ai relatori, la solitudine di un paese vuoto, i chilogrammi di burro sui tortellini, la forma di parmigiano (alla fine rubata).

VARENNA

Primo corso ACP sull'abuso

È destino che quel ramo del lago di Como che volge a mezzogiorno sia spettatore di vicende e iniziative di risonanza. Non crediamo di esagerare inserendo le *giornate di Varenna sull'abuso all'infanzia* fra gli eventi più importanti nella vita della nostra Associazione.

L'ACP ha riconfermato la sua capacità di ricoprire a pieno quel ruolo di stimolo culturale che gli è proprio portando sulle rive di uno splendido paesino lacustre un gruppo di pediatri a discutere di un tema non proprio di pediatria mondiale.

Si è andati, in tema di abuso, dall'epidemiologia alla psicologia, dalla clinica al diritto per quattro fitte sessioni dal 29 al

31 gennaio senza neanche il tempo di progettare un'escursione nei dintorni.

Nonostante il tema impegnativo e nuovo per molti, la partecipazione è stata molto vivace e, ciò che è più importante, si è riusciti a trasmettere ai partecipanti il convincimento di potere, ciascuno nel suo territorio, rappresentare un punto di partenza di analoghe iniziative che l'Associazione si impegna a supportare.

Questo primo incontro era rivolto essenzialmente alla preparazione individuale del pediatra, ma è già previsto nel progetto complessivo un altro modulo formativo mirato alla costituzione e al funzionamento di un gruppo operativo inter-istituzionale che superi l'attuale separazione tra le varie agenzie che si occupano di abuso (ASL, servizi sociali, questura, tribunale per i minori, scuola, volontariato). Responsabile della "Segreteria dell'abuso" è stato nominato Francesco Ciotti (Responsabile dell'Unità Operativa Materno Infantile dell'AUSL di Cesena) al quale auguriamo buon lavoro. Il prossimo appuntamento è previsto a Palermo in novembre.

Ottima l'organizzazione sia per gli agi alberghieri che per i supporti didattici. Non è mancata l'uscita sociale, in genuino spirito acipino, nella casa di Lucia Mondella a Lecco. È stata l'unica occasione di svago concessa dall'organizzazione ed anche il suo unico grande errore. Perso ogni timore reverenziale nei riguardi degli organizzatori, un manipolo di umbri è riuscito a sollevare il gruppo e a consumare una gustosa vendetta a base di stornelli nei confronti di Dante Baronciani che aveva veramente abusato dei partecipanti al corso; ma al quale va anche, per onore di cronaca, il ringraziamento dei corsisti.



COSENZA

Omaggio a Dino Pedrotti

Il 29 novembre 1997, ad Amantea di Cosenza convegno di neonatologi e pediatri su tre temi: immunità, vaccinazioni e neonati di basso peso.

Ci si lasci dire che il convegno è stato soprattutto un omaggio a Dino Pedrotti, neonatologo dell'Ospedale di Trento pensionato qualche mese fa. Neonatologo contro corrente, come lui stesso talora dice, elaboratore di protocolli "inusuali", sostenitore ed applicatore della non invasività delle cure, dell'accoglimento dolce del neonato di basso peso, delle poche infusioni venose e del molto per e presto per bocca, del poco intubare e del molto assistere. Dei suoi neonati fra 750 e 1.250 grammi, il 50% non è mai stato sottoposto ad infusioni, ma è stato alimentato per os con latte materno o di banca; tutti hanno avuto, però, a riprova che nulla di nuovo si improvvisa se non con lo studio, una accurata valutazione in itinere della funzione renale. La mortalità di Trento è in assoluto la minore che si registri in Italia e forse in Europa.

Tutto ciò non accade per caso. A monte di questi risultati stanno tre cose: una valutazione dei dati sperimentali noti sul neonato di basso peso (più che sugli animali), una forte organizzazione con la centralizzazione delle nascite ed in particolare delle gravide con prevedibili problemi al parto, un forte investimento, oltre che per la componente medica, sulla componente assistenziale infermieristica con l'utilizzazione di personale addestrato e motivato veramente "presente" per le 24 ore, un supporto volontario, economico ed organizzativo di associazioni "laiche" alla U.O. di neonatologia. Cogliamo l'occasione anche noi di *Quaderni acp* per rivolgere, ad un caro amico, all'acipino Pedrotti un ringraziamento per quello che, in tutti questi anni di lavoro e di studio, ha fatto capire, anche - è bene dirlo - tra difficoltà e talora incomprensioni, ai neonatologi ed ai pediatri italiani.

TRIESTE '97

Confronti e giornate

Grosso successo di partecipazione anche a Confronti '97 che si sono svolti, come di consueto, alla Stazione Marittima in due splendide giornate di sole. Oltre alle solite due aule collegate in video e audio, è stata approntata una terza sala con un grande schermo attraverso il quale si potevano seguire i lavori. Gente attenta e partecipe, pronta a interagire intervenendo nel dibattito per chiedere chiarimenti, fare domande, raccontare sinteticamente casi dubbi o irrisolti.

Certo il numero così alto di partecipanti rende difficile seguire bene e penalizza la discussione rendendo obbligatori dei tagli, ma all'appuntamento dei Confronti, giunti alla decima edizione, pochi sono disposti a rinunciare. La formula di quest'anno prevede per ogni argomento la presenza di due esperti, gli specialisti, che

segnalano quelli che, nella loro esperienza quotidiana, sono gli errori che il pediatra fa con maggior frequenza. Segue l'intervento di Pinocchio, un pediatra che presenta errori commessi dagli specialisti rilevati nella sua pratica, e la discussione in aula.

Il moderatore (il prof. Panizon per le sessioni plenarie) raccoglie, sottolinea, sintetizza. Le sessioni plenarie iniziano con Ortopedia pediatrica (Maranzana e Tagliavoro) e si concludono con una presentazione delle Terapie ed esami inutili e dannosi fatta da Longo e Ventura (gli organizzatori).

Questi con la solita bravura hanno fatto una relazione stimolante che ha puntualizzato errori in vari comportamenti: dalla disinfezione della cute prima di praticare una terapia iniettiva o un prelievo, all'uso della nistatina nella candidosi orale (invece del miconazolo), dalla non rialimentazione precoce nelle diarree, al ritardo nella introduzione del glutine durante lo svezzamento, dal non dare il giusto peso all'allergia al rosso dell'uovo IgE mediata come predittiva di successiva sensibilizzazione a uno o più inalanti, all'uso di

aminofillina e.v. (invece di salbutamolo e.v.) nell'asma che non risponde al salbutamolo ad alte dosi per aerosol e cortisone e.v., a molto altro. Altri argomenti: Neuropsichiatria infantile, Vaccinazioni, Dermatologia, Medicina legale, Infettivologia e terapia antibiotica. E poi le sessioni parallele. Non tutte le relazioni sono piacevoli: qualcuna è apparsa un po' generica o scontata (l'errore era quello che tutti si attendevano). Ma a Trieste si va sempre con piacere: il "clima" di Confronti coinvolge positivamente. Le persone sono motivate, interessate ad apprendere e a dialogare e si parla della pediatria con cui ogni giorno ci confrontiamo nell'ambulatorio o nell'ospedale.

Arrivederci dunque a Confronti '98: si parlerà de "I trucchi del mestiere". Nel frattempo nei giorni 8 e 9 Maggio 1998 sempre alla Stazione Marittima ci sono state le Giornate di Medico e Bambino che sono state pensate come "come qualcosa di simile a un numero animato della rivista in cui i lettori, trovando le consuete rubriche, possano dare il loro contributo critico, ridefinire gli obiettivi e fare le loro proposte in tempo reale".

BIFILACT[®]

Lattobacilli vivi

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO, SCHEDA TECNICA D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Denominazione della specialità medicinale. BIFILACT[®]. **COMPOSIZIONE** Ogni capsula da 300 mg contiene:

<i>Componenti attivi</i>		
Lactobacillus acidophilus		1.10 ⁹ cellule vive
Bifidobacterium		1.10 ⁹ cellule vive
<i>Altri componenti:</i>		
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 lattanti, 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 confezionamento 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.



FIDIA



Il bambino con disfunzione psicosociale e i servizi pediatrici nella AUSL di Cesena

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 10-11

Francesco Ciotti

Abstract

Identification of children with psychosocial dysfunctions

The capability of practicing paediatricians to identify children with psychosocial dysfunction as compared to a screening checklist was evaluated in 221 children with one or more psychosocial dysfunction and in 210 normal children. 62% of children with psychosocial dysfunctions were recognized by paediatricians while the screening checklist identified only 27.6% of them. Health services utilization was similar in both groups.

Key Words

Psychosocial dysfunction, Screening

Premessa

Michel Rutter (1995) raccomanda che, quando si vuole fare ricerca sul rischio sociale, è opportuno definire rigorosamente l'esito disfunzionale che si considera e i fattori psicosociali in gioco (di rischio e protettivi) che si intende monitorare. In età evolutiva (scuola materna e dell'obbligo) l'esito disfunzionale che si trova descritto è il cosiddetto bambino con disfunzione psicosociale (bdp). Secondo Jellinek (1988) il bdp è colui che "rivela problemi o difficoltà negli ambiti di vita quotidiani della famiglia (a casa) e/o della scuola e/o delle relazioni coi coetanei". Il grado di questa disfunzione può essere valutato dall'operatore anche con l'uso di una apposita scala ideata da Schaffer (1983), chiamata CGAS (Children's Global Assessment Scale). Secondo lo stesso Jellinek (1995) i bdp non sono riconosciuti dai pediatri e dai servizi sanitari in genere; i servizi sanitari e sociali di conseguenza non intervengono per fornir loro quei fattori protettivi di cura e supporto capaci di modificare la disfunzione. Per consentire al pediatra di identificare il bdp Jellinek (1988) propone l'uso di un questionario psicosociale (PSQ), che i genitori possono compilare in sala d'attesa. Il questionario, che fornisce un punteggio, al di sopra di un certo cut-off è indicatore di disfunzione.

Obiettivi

L'obiettivo di questa ricerca parte dalle osservazioni sopra riassunte e si è collocata nel territorio della AUSL di Cesena, in cui esiste un servizio territoriale di neuropsichiatria-psicologia-assistenza sociale dell'età evolutiva, cui la famiglia e la scuola possono rivolgersi se un bambino ha un problema di difficoltà relazionali o comportamentali.

Sono state formulate le seguenti ipotesi di ricerca sul bdp:

1. Il pediatra di base nella maggior parte dei casi conosce i bdp da lui assistiti?
2. Qualora usasse nel suo ambulatorio il PSQ compilato dai genitori potrebbe migliorare la sua capacità di individuazione del bdp?
3. È vero che il bdp, come il bambino a rischio sociale, utilizza male i servizi sanitari e in particolare si rivolge raramente al suo pediatra di base e preferisce, in caso di problemi di salute, rivolgersi direttamente alle strutture ospedaliere di ricovero o di pronto soccorso?

Metodi

Gruppo 1. La popolazione campione è costituita da tutti i bdp con disfunzione psicosociale acceduti per la prima volta nel 1995 al servizio territoriale di neuropsichiatria-psicologia-assistenza sociale e sui quali il servizio aveva effettuato una diagnosi positiva su uno o più degli assi psicosociali dell'ICD10 e che erano assistiti da un pediatra di base. Si tratta di 221 bambini.

Gruppo 2. È stato istituito un gruppo di controllo costituito da un pari numero di bambini, appaiati a caso al gruppo campione per età, sesso e pediatra di base, mai acceduti al servizio territoriale. Si tratta di 210 bambini, in quanto per alcuni di questi non è stato possibile raccogliere i dati. Per tutti e 431 bambini sono stati ricercati i dati dell'Ospedale di Cesena relativi ai ricoveri ospedalieri e agli accessi al Pronto Soccorso intervenuti nell'anno 1995. Per tutti sono stati registrati i dati del libretto sanitario compilato dal pediatra di base per l'anno 1995

N.B.

*Chi fosse interessato alle schede citate nell'articolo può richiederle a:
F. Ciotti, via Brunelli 474
47023 Cesena (FO)*

e relativi a: dati anagrafici familiari, numero di visite, numero di visite per "pseudoproblemi", richiesta di consulenza in neuropsichiatria, psicologia, sociale, presenza di una patologia medica ricorrente o cronica. In una scheda apposita compilata alla cieca il pediatra di base per ogni bambino indicava inoltre il tipo di utilizzo del telefono, chi accompagnava di solito il bambino in ambulatorio e assegnava un punteggio psicosociale da 1 a 5 con la seguente giustificazione: 1-2 per problemi assenti o irrilevanti, 3 se vi era un problema lieve o transitorio di adattamento nei vari contesti di vita, 4-5 se i problemi erano seri o gravi. Per ogni bambino infine è stato compilato dal genitore il questionario psicosociale PSQ. Per i bambini del *gruppo 1* erano invece disponibili la, o le, diagnosi sui 5 assi psicosociali dell'ICD10 e il punteggio CGAS, elaborati dagli operatori del servizio territoriale.

Risultati

Dal confronto dei dati tra bambini di *gruppo 1* (bdp) e bambini di *gruppo 2*, emerge che la metà dei 221 bdp è stata inviata al servizio dal pediatra di base e che solo il 38% di questi secondo il pediatra non ha problemi rilevanti di adattamento. Dei 210 controlli invece solo il 3% è stato inviato al servizio, dove non si è mai presentato, e ben l'81% non ha problemi rilevanti di adattamento ($p < 0.01$). Ma mentre il pediatra di base conosce o riconosce il 62% dei bambini con disfunzione psicosociale, il questionario PSQ, prendendo il cut-off di 23 punti equivalente al 10° percentile della popolazione controllo come suggerito da Jellinek, ne individua soltanto il 27.6%. Se poi confrontiamo media e deviazione standard del PSQ della popolazione normale e della popolazione controllo il t di Student non raggiunge la differenza significativa. Rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari, non vi sono differenze significative tra gruppo campione e gruppo controllo: stesso numero di visite pediatriche/anno (circa 4), stesso numero di soggetti che va dal pediatra per pseudoproblemi (circa 10), stesso uso del telefono del pediatra, presenza prevalente in ambulatorio pediatrico della sola madre (75% circa), stesso numero di soggetti che è ricorso una o più volte a Pronto Soccorso e ricovero ospedaliero (25% gli accessi P.S. e 15% i ricoveri). Questo accade nonostante che il *gruppo 1* e il *gruppo 2* appartengano a fasce a diverso rischio sociale. Infatti il *gruppo 1* si differenzia significativamente dal *gruppo 2* per una serie di fattori di rischio sociale: istruzione più bassa di padre e di madre ($p < 0.01$), situazione coniugale irregolare ($p < 0.05$). Invece in entrambi i gruppi la disoccupazione del padre è praticamente assente, mentre è molto rara la condizione di patologia di un genitore (malattia mentale, alcoolismo, tossicodipendenza, carcere in 14 casi totali). Da segnalare invece un maggior numero di figli unici ($p < 0.01$) nel *gruppo 1*. Un'ultima annotazione riguarda il grado di disadattamento sociale assegnato sulla scala CGAS dagli operatori ai 221 minori del campione: in 86 casi (39%) il disadattamento è di grado medio-grave con punteggio inferiore a 70. Ebbene anche in questo campione più selezionato il pediatra individua un problema serio o grave (punteggio 4-5) di adattamento nel 41% dei casi, e il questionario PSQ solo nel 31%.

Conclusioni

Dai dati di questa ricerca sembra emergere una realtà più confortante di quella segnalata da Jellinek in U.S.A. (1995) e per altri versi da Siani (1996) in Campania.

Il pediatra di base è in grado di riconoscere il bdp nella maggior parte dei casi, tanto più facilmente quanto più la disfunzione è grave, e comunque la riconosce in maniera più precisa ed attendibile di un questionario. I bambini con disfunzione psicosociale inoltre sembrano utilizzare i servizi sanitari con modalità quantitative e qualitative non sostanzialmente diverse dalla popolazione controllo. Nei loro confronti i servizi sanitari e territoriali sembrano, potenzialmente capaci di costituire un fattore protettivo verso i fattori di rischio sociale quali la bassa istruzione dei genitori e la situazione coniugale irregolare.

Certamente si tratta di un'area di disfunzione psicosociale di grado diverso da quella americana o campana: la disoccupazione e la patologia genitoriale sono irrilevanti, i casi con disadattamento sociale grave sono pochi. In altre parole sembra che la presenza o l'assenza di povertà siano capaci di generare circoli "viziosi" o "virtuosi", per cui alla prima si associa spesso il fattore di rischio "servizi scarsi o inefficienti" e alla seconda si associa piuttosto il fattore protettivo "servizi presenti e forse efficienti". Quanto al maggior numero di figli unici nel *gruppo 1*, cioè nelle famiglie con bdp, si possono tentare due possibili ipotesi esplicative: o il figlio unico è più "vulnerabile" o nel nostro territorio le famiglie a rischio sociale con basso reddito programmano più rigidamente le nascite. ■

Bibliografia

1. M. Rutter "L'arco della vita. Continuità, discontinuità e crisi nello sviluppo" 1995, Giunti, Firenze
2. M. Jellinek, M. Murphy, J. Robinson, A. Feins, S. Lamb, T. Fenton "Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction", *J. of Pediatrics* 1988;201:112
3. M. Jellinek, M. Little, M. Murphy, M. Pagano "The Pediatric Symptom Checklist", *Arch. Pediatr. Adolesc.* 1995;740:149
4. D. Schaffer, M. Gould, J. Brasic "A children global Assessment scale (CGAS)" *Arch. Gen. Psychiatry* 1983;1228:40
5. P. Siani "I segni del disagio sociale nell'utilizzo dell'ospedale" in: G. Cirillo, P. Siani, G. Tamburlini (a cura di) "I bambini a rischio sociale" 1996, ESI, Napoli

Hanno partecipato alla ricerca

A. Alberti, P. Faberi, M. Iaia, G. Mengozzi, R. Casalbani, L. Calandra, A. Foschi, D. Donati, P. Tonti, R. Ponti, F. Mazzini, M. Trebbi, M. Mambelli, M. Degli Angeli, C. Faedi, B. Poggioli, A. de Pascale, D. Colbucci, P. Minghetti, E. Lucchi, D. Chiuchiù, F. Lambruschi, L. Lega, C. Rossi, R. Rossi, P. Pazzaglia, T. Pascucci, P. Brisigotti, G. Colasurdo, A. Gabellini, E. Domenichini, L. Cantarelli, L. Castorri
(Pediatrici di base, Psicologi, Neuropsichiatri Infantili, Assistenti Sociali, Studenti di Psicologia operanti nell'AUSL di Cesena)

Relazione del Presidente al decimo congresso dell'Associazione Culturale Pediatri

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 12-14

Giorgio Tamburlini

Come ormai è prassi, Quaderni acp pubblica in anticipo la relazione del Presidente al Congresso, in modo da favorire la più ampia partecipazione degli associati alla discussione. Commenti possono essere inviati alla redazione di Quaderni acp o al Presidente stesso (tamburlini@burlo.trieste.it) oltre che direttamente portati all'Assemblea di Taormina.

Cosa è stato fatto

Un bilancio del lavoro fatto nel corso dell'ultimo anno non può che avere come punto di riferimento gli obiettivi che ci eravamo dati allora (vedi editoriale *Quaderni acp 1997;4:1 e Quaderni acp 1998;5:2*).

A) Ci si era riproposti soprattutto di far sentire maggiormente la nostra voce nelle sedi istituzionali. Le cose fatte sono state le seguenti:

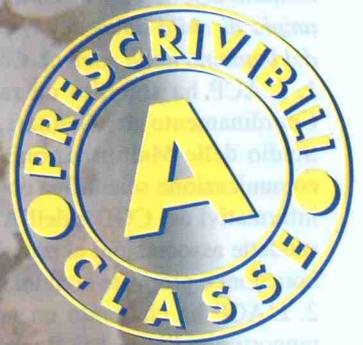
1. Un gruppo di lavoro coordinato da Giancarlo Biasini e che si è giovato del contributo di molti associati, ha elaborato una proposta di politica sanitaria per l'età pediatrica, tramite un documento articolato che prende in esame tutti gli aspetti delle cure e definisce uno scenario per un più efficace ed equo utilizzo delle risorse. Il documento prevede obiettivi azioni e relativi strumenti organizzativi a livello nazionale e soprattutto regionale e aziendale, costituendo così un punto di riferimento unico nel suo genere. Il documento è stato inviato ai referenti centrali (Ministero, ISS, Agenzia per i Servizi Regionali) ed agli assessorati Regionali della Sanità, alla FIMP e alla SIP.
2. Le proposte per la riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera sono state presentate in un apposito convegno tenuto a giugno presso l'ISS a cura del gruppo di lavoro per gli ospedali.
3. L'ACP ha fatto pervenire agli organi competenti del Ministero proprie note sul piano sanitario nazionale 1998-2000, sulle linee guida per l'Istituzione del Dipartimento Materno-Infantile, sul progetto obiettivo materno-infantile (entrambi allegati al PSN).
4. L'ACP è intervenuta su questioni di politica sanitaria di rilievo in alcune regioni come l'Emilia Romagna (per evitare la frammentazione dei servizi materno-infantili) e la Calabria (sulla progettata istituzione di un ospedale pediatrico polispecialistico), apparentemente con qualche riscontro. Il gruppo ACP Campania ha prodotto su queste linee un proprio documento sulla specifica realtà campana, presentato nel maggio scorso a Napoli.
5. L'ACP ha stabilito un rapporto di collaborazione stabile con il Centro Nazionale Documentazione Minori, contribuendo tra l'altro alla stesura di linee guida per l'attuazione della legge 285. Allo studio una collaborazione al monitoraggio di indicatori sociosanitari, come componente del progetto ACP sugli indicatori di salute.

B) Ci si era riproposti di continuare nella tradizionale attività ACP di formazione e stimolo culturale, rinforzando in questo ambito soprattutto l'iniziativa rivolta agli ospedali. Cosa è stato fatto:

1. Completamento della ricerca sulla qualità delle cure in 120 unità operative ospedaliere di pediatria e diffusione e discussione dei risultati (vedi convegno già citato presso l'ISS); e definizione e diffusione di raccomandazioni per una buona qualità di cure in pediatria ospedaliera (dieci passi per...)
2. Attuazione di corsi di formazione sull'abuso (Lecco, Palermo) e messa a punto di materiali di formazione. Sullo stesso tema, contributo alla Commissione attivata nell'ambito della Pre-

Lunibron-A[®]

Flunisolide



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

Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS

sidenza del Consiglio, Dipt. Affari Sociali.

3. Organizzazione di un primo convegno sulla pediatria di gruppo e diffusione degli atti.

4. Continuazione dei corsi di formazione sul counselling. Non si citano gli innumerevoli corsi e incontri organizzati in varie sedi tra i quali merita una citazione speciale il XX ("l'ultimo?") Copanello.

C) Ci si era riproposti di stabilire collaborazioni con vari enti e associazioni della Società Civile al fine sia di una migliore comunicazione con i genitori/utenti, sia di una funzione più ampia di child advocacy rispetto alla promozione della salute del bambino nella società. Cosa è stato fatto:

1. L'ACP ha stabilito un rapporto di collaborazione con il Coordinamento dei Genitori Democratici, con l'Associazione Studio delle Malformazioni: in particolare l'ACP curerà una comunicazione scientifica corretta alle famiglie tramite i canali informativi del CGD e dell'ASM e proporrà una presenza delle suddette associazioni ai propri incontri, ai fini di stabilire collaborazioni e proposte comuni sul piano nazionale e locale.

2. L'ACP ha elaborato un proprio Codice deontologico per i rapporti con l'industria finalizzato ad un rapporto trasparente e costruttivo, basato sui principi del pieno riconoscimento dei diritti del bambino nonché degli elementari principi della deontologia medica. È in fase di elaborazione una dichiarazione di trasparenza degli associati in modo da consentire agli utenti in particolare dei PdF una piena consapevolezza delle linee deontologiche su cui si muove il proprio pediatra.

3. L'ACP mantiene un rapporto di collaborazione e confronto anche con altri Enti e Agenzie, per es. l'UNICEF, al cui documento di indirizzo rispetto alla condizione dell'infanzia in Italia l'ACP ha contribuito direttamente per quanto riguarda la pediatria di primo livello.

D) Ci si era infine proposti di dare impulso ad attività di ricerca privilegiando grandi progetti da sviluppare sul territorio nazionale che fossero nello stesso tempo di stimolo e orientamento per l'identificazione e la migliore cura delle grandi priorità di salute. Cosa è stato fatto:

1. Il gruppo di ricerca sulle cure primarie ha nel corso dell'anno messo a punto una proposta di ricerca per uno studio prospettico su bambini con patologia congenita e/o con fattori di rischio per disagio psico-sociale.

2. È iniziato lo studio sugli indicatori di salute: si tratta di un progetto finanziato dal Ministero della Sanità in quanto progetto finalizzato coordinato dall'Unità per la Ricerca sui servizi sanitari dell'IRCCS Burlo Garofolo, progetto che raccoglie le finalità ed il lavoro preparatorio svolto in sede ACP. Uno studio complementare sul sistema informativo sanitario a livello distrettuale è in corso presso la Regione Campania a cura dell'ACP campana su finanziamento di una fondazione europea.



Cosa resta da fare

Il lavoro fatto è stato buono, per la qualità delle cose prodotte e per il contributo attivo dato da tanti associati e dai gruppi locali. Molto resta ancora da fare, soprattutto per tradurre nelle cose ciò che andiamo dicendo: chiaccherare di meno, cambiare di più, potrebbe essere lo slogan adatto. La pediatria italiana ne ha bisogno, a tutti i livelli. Per restare ai punti principali si tratta soprattutto di:

1. Tradurre in realtà operativa, soprattutto a livello locale (regioni e aziende) quanto è stato elaborato e proposto nel documento sulle cure per il bambino.

Ciò richiede una migliore organizzazione dell'Associazione su base regionale, e di conseguenza un coordinamento stabile dei gruppi su base regionale. Il ruolo di *Quaderni acp*, come strumento di coordinamento e informazione tra i gruppi regionali, potrebbe essere accentuato con una rubrica ad hoc. Attuare linee e principi nel microcosmo delle realtà locali e del singolo pediatra è con ogni evidenza l'obiettivo per il 2000.

2. Riconsiderare le nostre attività di formazione.

Si fanno molti, troppi congressi tuttologhi, dall'impatto limitato (ormai lo sappiamo, e gli stessi pediatri lo hanno riconosciuto in una inchiesta ad hoc) nonostante la piena riuscita organizzativa. Si dovrebbero fare più congressi tematici (sull'esempio di quelli fatti a Napoli poi a Palermo sul rischio sociale o di quello di quest'anno sugli ospedali), riunioni ristrette operative per avviare la definizione di linee-guida o di progetti operativi, corsi di formazione specifici.

3. Allargare ulteriormente la collaborazione con altre realtà della società civile su obiettivi specifici, per far crescere la cultura dell'utenza e della società nel suo complesso sui temi della salute del bambino.

In questo quadro acquista molta importanza l'applicazione del codice di comportamento come nuovo patto con l'utenza. È possibile, se non probabile, che l'adozione del codice ci faccia perdere alcuni soci. Non mi pare debba essere un problema. L'obiettivo dell'ACP non è battere il record degli iscritti, ma rinnovare la cultura pediatrica e incidere sulla realtà.

4. Non basta prendere atto delle nuove necessità di ricerca e produrre idee in merito. Occorre disporre di uno strumento adeguato per condurre seriamente una attività di ricerca finalizzata alla definizione di obiettivi di salute e di modalità operative efficaci dei servizi, in collaborazione con altri centri nazionali e internazionali. Sono maturi i tempi perché l'ACP abbia un suo Centro Studi e Formazione. Per fare tutto questo, i soci si renderanno conto che non basta l'attuale quasi simbolica quota di 50.000 lire annuali. Si proporrà dunque all'approvazione del Congresso di raddoppiare la quota di iscrizione annuale (comprensiva di abbonamento a *Quaderni acp* e a *Medico e Bambino*) a 100.000 lire, lasciando ai gruppi locali la gestione del 50% della quota. Quanto sinteticamente esposto non esaurisce, ovviamente, né l'analisi, né le possibili proposte. La discussione è aperta. ■

Multicentrum

Junior

L'integratore di **vitamine e minerali completo dalla A allo Zinco.**



Multicentrum Junior apporta le vitamine e i minerali di cui l'organismo ha bisogno durante la crescita, se l'alimentazione non riesce a fornirli in modo completo.

Da Whitehall, Multicentrum Junior, l'integratore di vitamine e minerali per bambini e ragazzi da 6 a 12 anni.

Il problema.

● Le diete sbilanciate o poco variate impoveriscono il contenuto vitaminico-minerale dell'alimentazione.

● L'età della crescita, l'attività fisica e lo studio richiedono invece un maggior apporto di vitamine e minerali.

Contiene 22 elementi			
12 Vitamine		10 Minerali	
Acido Folico	200 mcg	100% LARN	
Acido pantotenico	2,5 mg	-	
Vitamina A*	330 mcg	66% LARN	
Vitamina B1	0,5 mg	56% LARN	
Vitamina B2	0,5 mg	38% LARN	
Vitamina B6	0,5 mg	56% LARN	
Vitamina B12	1 mcg	71% LARN	
Vitamina C	50 mg	110% LARN	
Vitamina D3	3,12 mcg	31% LARN	
Vitamina E	5 mg	-	
Vitamina H	50 mcg	-	
Vitamina PP	5 mg	38% LARN	
Calcio	14,3 mg	-	
Cloro	1,67 mg	-	
Ferro	4,5 mg	50% LARN	
Fosforo	10,9 mg	-	
Magnesio	40 mg	-	
Manganese	1 mg	-	
Potassio	1,75 mg	-	
Rame	0,75 mg	-	
Selenio	12,5 mcg	50% LARN	
Zinco	0,4 mg	6% LARN	

LARN = Livello di assunzione giornaliera raccomandato.
* Espressa come Retinolo Equivalenti.

● Il disequilibrio che si viene a creare può essere compensato con un'integrazione

completa capace di coprire eventuali carenze.

La soluzione.

● Multicentrum Junior, masticabile dal buon sapore, integra

l'alimentazione in modo completo.

● Non presenta rischi di sovradosaggio perché ha una formula bilanciata in linea con le dosi giornaliere raccomandate e non ha effetti collaterali.

● E' disponibile in confezioni da 30 compresse.

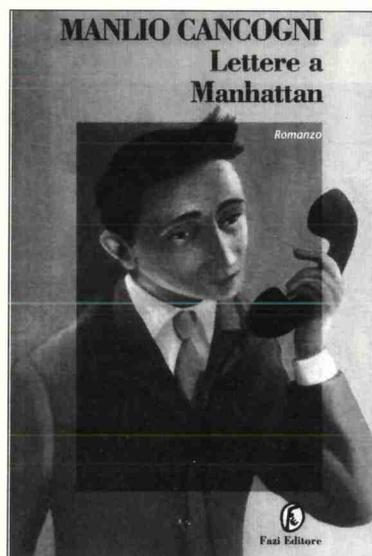
● Posologia: una compressa al giorno.



Whitehall Italia S.p.A.
Via Puccini, 3 - 20121 Milano

Le recensioni del mese

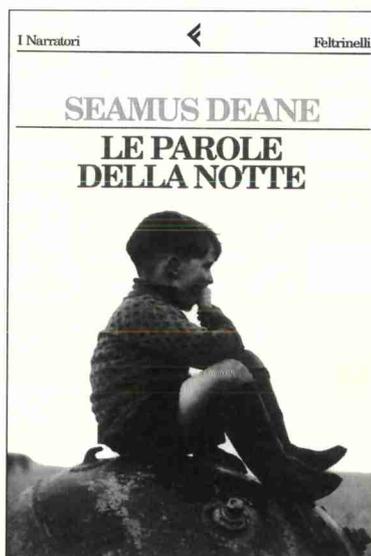
Rubrica redazionale



Una misteriosa telefonata tra New York e il Connecticut dà il via alle sgangherate vicende dei protagonisti di questo romanzo. Titus Bonvini e Phil Miraglia, entrambi classe 1926, sono approdati entrambi in calzoncini corti a Little Italy, hanno “fatto” la Corea, si sono ulteriormente affratellati in una bonaria carriera teatrale dilettante, sono rimasti amiconi nonostante le strade divise, il matrimonio, gli anni. Titus ha calcato sempre le scene dei teatrini di provincia con monologhi tesi a ravvivare le nostalgie degli italoamericani; Phil ha vissuto il suo destino di agente immobiliare, mantenendo rapporti coi vecchi compatrioti, ma senza eccessivi coinvolgimenti emotivi. A sessant’anni Titus cerca un improvviso riscatto della sua arte, ideando una specie di crociata destinata a salvare la memoria di Little Italy, sempre più roscchiata nella sua entità dall’invasione dei cinesi. Phil accompagna il suo amico, senza troppa convinzione, nei primi passi dell’impresa (ma Titus gli rinfaccerà: “In una cosa ci credi o non ci credi. Se ci credi, devi avere il coraggio di andare fino in fondo”) e avrà l’ardire di presentarsi in scena con il suo amico nei più sperduti sobborghi di New York, in buchi parrocchiali da cento posti. Per Titus è un punto d’orgoglio rivivere il sogno italiano. Ma dalle sue lettere a Manhattan indirizzate ai connazionali, agli amici che potrebbero aiutarlo, emerge sempre più la follia da esaltazione di chi, cercando di salvare un ideale, affonda con esso. Si tratta di un racconto vivo ed effervescente. Racconto di una sconfitta, che è poi anche la narrazione di come il tempo non sempre aiuta a conservare la voglia e il coraggio di rivivere i sogni collettivi della memoria. Come può essere capito a ciascuno di noi.

N. D.

Manlio Cancogni, Lettere a Manhattan. Fazi ed., pp. 137, Lit. 20.000



C’è un mistero nella famiglia di Sonny Doherty. Una persona scomparsa, una madre che non vuole rivelare i suoi segreti, un padre che preferisce restare all’oscuro di tutto, un pazzo di paese che vaneggia spezzoni di verità. Il mistero abita la casa di Sonny, come un fantasma; tormenta l’intera famiglia, gettandola nella malinconia, nel silenzio. Una storia piena di storie. Il bambino nel racconto è alla ricerca di una spiegazione dai genitori. Prima chiede alla madre, poi al padre, cosa accadde veramente negli anni venti, cosa li ha resi tanto tristi? Quale terribile tragedia è accaduta allo zio Henry? Dove sparisce la gente? Perché tanto sangue sul tappeto? Datemi una ragione. Ma loro non vogliono o non possono. Allora il ragazzo, nell’assenza totale di una spiegazione del mondo da parte degli adulti, inizia a inventare soluzioni personali e questa operazione scatena l’ostilità della famiglia, della comunità, dei parenti. Forse non è neanche alla ricerca della verità, quanto di qualcosa che possa adattarsi al meglio ai brandelli di informazioni in suo possesso. Poi capisce che spesso i ricordi sono truccati, che la memoria non è uno strumento totalmente affidabile. Terzo di sette fratelli è affascinato dalla dimensione fantastica che lo circonda: nel Campo degli Scomparsi anche i gabbiani si rifiutano di volare, in una casa del Donegal i bambini vengono rapiti da forze soprannaturali e poi Crazy Joe, che fissa sempre lo stesso punto da quando ha incontrato la donna dei suoi sogni trasformata in volpe. Intanto però c’è anche la vita quotidiana, la città di Derry, l’Irlanda del Nord tra gli anni quaranta e cinquanta, conflitti politici, intrighi pericolosi e enigmi tenebrosi. Enigmi che il padre spirituale della scuola ha il suo bel da fare a illustrare, anche per i “fatti della vita” più naturali, ai compagni di classe del bambino, ragazzini instupiditi dall’imbarazzo. Storie di case abitate da demoni di marinai traditi, di bambini “magici” che scambiano il colore degli occhi e dei capelli e anche il sesso, o di neonati morti che non possono entrare in paradiso perché hanno perso un calzi-

no. In una recente intervista l'autore, Seamus Deane, a proposito di *Le parole della notte* ha detto: "... si iscrive nella poetica della perdita, della nostalgia per le cose abbandonate e perdute: nel senso di qualcosa che è stato perso, ma del quale non è chiara la natura. Come i fantasmi che popolano il romanzo, figure che appartengono all'inconscio, al passato. Che tornano e ti danno la caccia, pretendono che la tua attenzione sia concentrata su questo o quell'argomento, o che tu possa completare la loro vita. D'altronde la *ghost story* è sempre stata uno strumento molto popolare per parlare di repressione, traumi, sofferenze. Bisogna essere in grado di ascoltare queste storie: esperienze che appartengono a tutti, e che da tutti possono essere comprese". Leggetelo per crederci.

N. D.

Seamus Deane, *Le parole della notte*. Feltrinelli ed., pp. 219, Lit. 28.000

Dalle colonie africane a Lisbona: il viaggio allucinante dei coloni accompagnati dai fantasmi della loro storia. Con loro rientrano in Europa le delusioni e le amarezze di piloti di caravelle, di esploratori e avventurieri dei tropici, di cercatori di diamanti. Via via che la lettura procede, ci si immerge in una specie di inferno dantesco, con poco respiro (rari sono i punti e a capo che possono dare un senso di tregua al racconto); i personaggi vivono una condizione di depressione, passando dagli orrori coloniali agli orrori della metropoli europea. In questo brusco passaggio anche i luoghi finiscono per assomigliarsi, quasi che il destino maligno inseguisse nel tempo gli ormai ex-portoghesi d'oltremare. Non c'è più bellezza attorno a loro: si respira solo un clima da tragedia immutabile. L'avventuroso rientro a Lisbona, le stamberghie, la prostituzione e quindi il confino dei protagonisti in un sanatorio ammorbato dall'odore di disinfettante sono la cornice della decomposizione umana, simbolo di un fallimento storico, quello della scoperta e della conquista. L'autore è stato ufficiale in Angola dal 1971 al 1973, ha vissuto la dissoluta fine del colonialismo, la distruzione delle città africane, il logoramento dell'esercito imperialista, la diaspora di chi aveva insediato laggiù la speranza di vita ricca e piena di sogni: temi già trattati nel precedente suo libro *"In culo al mondo"*.

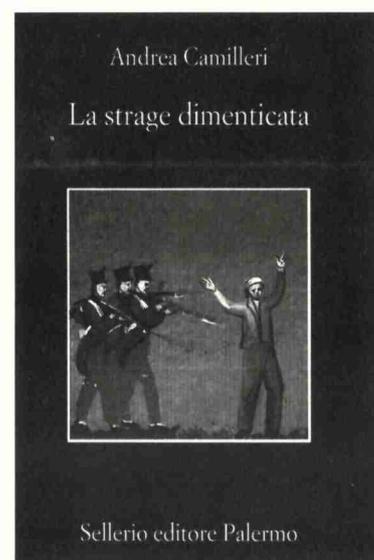
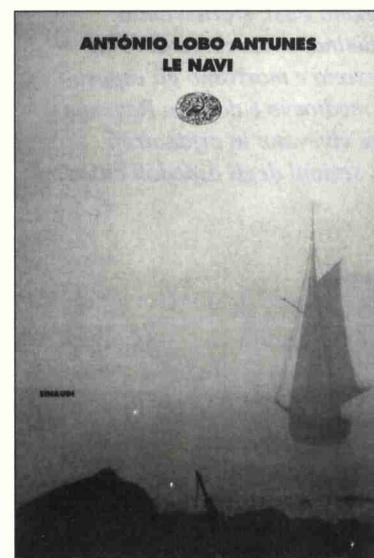
N. D.

Antonio Lobo Antunes, *Le navi*. Einaudi, pp. 191, Lit. 24.000

Andrea Camilleri ci manda, via Sellerio, un'altra storia siciliana vera, una strage del 1848, dimenticata. Il tema è "delicato" e triste, e stavolta l'ironia di Camilleri non è quella che si era espressa nel Birraio di Preston, ma è pure presente: *"il maresciallo scrisse al suo re che gli insorti, essendo dei disperati morti di fame, non avevano niente da perdere, mentre i suoi soldati, che erano abituati ad essere trattati bene, si trovavano a disagio senza tabacco"*. Ed ancora *"perché i morti non sono tutti eguali; la verità è che ci sono morti di buon peso ed altri di peso assai scarso"*. La storia siciliana di stavolta, anche questa vera, si riferisce al quarantotto. Nel 1848, prima di tutte le rivoluzioni europee, scoppiò in Sicilia un moto che dichiarò decaduto Ferdinando II e si scelse un nuovo re in Alberto Amedeo duca di Genova e figlio di Carlo Alberto, re senza gran voglia di regnare perché si sapeva bene che la reazione sarebbe arrivata. Ed infatti un anno dopo la Sicilia ricadde sotto i Borboni e sotto Ferdinando II. A Porto Empedocle (o meglio in quello che ora si chiama così) centoquattordici "servi di pena", cioè galeotti condannati all'ergastolo, sentono odore di libertà e si ribellano; il capo del penitenziario s'impaurisce, li chiude in una fossa senz'aria e prima che muoiano asfittici (ci vuol tempo a morire e chi muore fa rumore) vi butta sopra della calce viva. Ma siccome *i morti non sono tutti eguali* su questi servi di pena si può passar sopra, in tutti i sensi. I Borboni tornati, le autorità del regno d'Italia dopo di loro, ne confusero e ne occultarono la sorte. Perfino un podestà fascista, storico del paese, nel 1929 fu così poco diligente da contribuire ad occultare la morte dei poveri galeotti. Solo perché vi fu un diligente ufficiale di stato civile che ne scrisse i nomi Camilleri ne può rintracciare, oggi, i destini.

G.C. B.

Andrea Camilleri, *La strage dimenticata*. Sellerio, pp. 72, Lit. 12.000





letture

Il destino degli esposti nel medioevo e dopo: il caso di Ravenna

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 18-20

Romano Pasi

Romano Pasi, storico della medicina, ci racconta di come vivevano e morivano gli esposti nel medioevo e dopo, a Ravenna dove vivevano in orfanotrofi e in sezioni degli ospedali cittadini.

Il protostorico Agnello (1), nella biografia di S. Ursicino (533-536), racconta di un *orphanum-trophium* curato dall'abate di S. Pietro (2) che fu fatto costruire da Amalasueta, la figlia di Teodorico, a Ravenna su terreni di sua proprietà. Questo orfanotrofio continua ad essere ricordato anche in epoche posteriori: negli *Annali Camaldolesi* si riporta una pergamena ravennate del 1017 in cui si ricorda il monastero *S. Petri Apostoli, quod vocatur Offetrotrofei...* (3); nell'archivio Arcivescovile vi è un'altra pergamena con inventario e descrizione di molte cose col titolo *Breviarium de S. Petri, q. v. Orfanotrofi...* (4); lo si nomina anche in una Bolla di Alessandro III (1159-1181) (5).

Nel 1512 Ravenna, dopo il sacco dei francesi, entrò in una grave crisi e gli ospedali furono ridotti a sei; la crisi trascinò con sé anche gli orfani. Il Consiglio Comunale nel 1564 propose all'arcivescovo di "*unire li hospitali et ridurli a doi... et che i priori del hospitale di santa Maria della Croce... sijno obligati... mantenere due case fornite di tutte le robbe et massarie necessarie. In una si allevino i bastardi, orfani e pupilli... l'altra casa sia deputata al servizio et comodo delli infermi et viandanti miserabili*" (6).

Destinato al ricovero e al mantenimento degli esposti era l'ospedale di S. Apollinare Nuovo, ricordato in un documento fin dal 1357 (7). In un Breve di Pio V, del 16 maggio 1567, si ordina di concentrare in quest'ospedale, dove stavano gli esposti, i beni degli aboliti ospizi di S. Barnaba e di S. Giovanni Battista. Questa concentrazione non fu certo sufficiente a determinare la fine delle difficoltà a far fronte all'assistenza di un sempre alto numero d'esposti. L'istituzione nuova aveva mutato il suo nome prendendo quello di *SS. Trinità*. In essa c'erano più di un centinaio di bambini; il 90% era a balia. Le entrate erano assicurate dalle rendite d'otto poderi. Da questi si dovevano ricavare un totale di 855 scudi l'anno: centodieci per le spese di casa, quattrocentottanta per le balie: trentacinque scudi per ciascuna al mese di cui cento per il vestiario, venti di salario per il fattore, venti per quell'ospitaliero, dodici per la carne e ventitré per vari sussidi. Le entrate erano frequentemente inferiori per eventi stagionali sfavorevoli e gli effetti sugli esposti erano drammatici. La ricompensa delle balie diminuiva e l'alimentazione, già scarsa, diminuiva ulteriormente. Ciò comportava una mortalità del 50% nel primo anno di vita, che nei momenti di particolare carestia raggiungeva l'80% (8).

Per limitare al massimo il numero degli esposti istituzionalizzati si dispose, allora, la ricerca delle donne che avessero partorito da poco per affidare loro i bambini, perché li allevassero e nutrissero. Si prevede anche la scomunica per coloro che si erano prestati a portare il bambino al brefotrofio e a nascondere l'identità della madre.

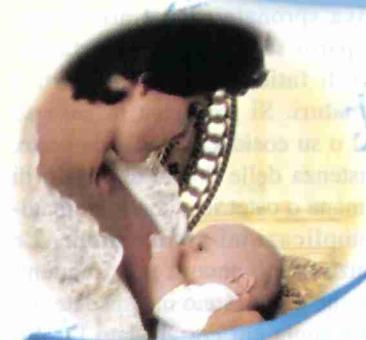
L'istituto della *SS. Trinità* rimase autonomo fino al 1636 quando un'inondazione fece crollare il fabbricato. I bimbi furono trasferiti nell'*Ospedale S. Maria delle Croci* ubicato, allora, al centro di Ravenna in via Guaccimanni. L'arcivescovo Capponi sancì questa nuova situazione, trasferendo all'Ospedale i beni degli esposti e concesse il compito dell'esercizio della beneficenza, con un Decreto del 25 novembre 1638. Il Decreto fu confermato anche da un Breve di Urbano VIII il 15 marzo 1639.

Nell'*Ospedale di S. Maria delle Croci*, erano sistemati in una stanza solo due o tre bambini, mentre gli altri erano a balia in campagna. Le bambine, in media una decina, stavano in un'altra stanza. I maschi continuavano spesso a vivere in campagna dove erano stati a balia e servivano come garzoni o in qualche altro mestiere. Cessavano così di essere di peso all'Ospedale. Più faticosa la posizione delle fanciulle, definite "zitelle bastarde", che andavano a servi-

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

zio o svolgevano mansioni all'interno dell'Ospedale. Qui trascorrevano la vita come reclusi. La Chiesa, intanto, uscita dal Concilio di Trento, aveva rafforzato la sua presenza e la sua supremazia nel controllo di ordini religiosi, confraternite religiose, laicali, ecc. attraverso visite e ispezioni per controlli sui conti e sulle manifestazioni della religiosità nelle varie sedi. Le norme che regolavano le "sacre visite" agli ospedali e ai "luoghi pii" furono emanate nelle sessioni ventidue e ventiquattro del Concilio di Trento (9).

Dalla redazione di una sacra visita del 1779, ci si rende conto di come erano distribuiti i vari servizi nell'Ospedale di via Guaccimanni e della collocazione degli esposti. A piano terra si trovavano la chiesa e la sagrestia, le due grandi infermerie, una per i maschi e una per le femmine, e appunto il conservatorio delle esposte rimaste zitelle. Vi era la stanza da lavoro con i telai, la cucina, la dispensa. In un quartiere a parte vi era la stanza del Rettore, quella del dispensiere, due camere per "l'astante" (il medico di guardia sempre presente), i granai, la stanza anatomica, tre cantine, la buratteria per conservare la farina. Al piano superiore c'era il dormitorio delle zitelle esposte, con un piccolo camerino che serviva da carcere per punire le loro infrazioni, e una porta che immetteva nel coretto che si affacciava sulla chiesa; era da lì che le esposte seguivano la messa. A parte era la camera degli esposti e delle balie. Al piano del solaio, vi erano alcune stanze per attrezzi e depositi per la biancheria (10).

Numerose le contestazioni del consiglio della comunità, che varia di nome e di composizione nel corso dei secoli; questo controlla e contesta spesso l'amministrazione e l'assistenza nei luoghi pii da parte degli ecclesiastici e la loro eccessiva ingerenza, ma in realtà mal sopporta di vedersi sottratta la manovra e il destino di capitali e di beni. La nobiltà sente come una menomazione nell'esercizio del potere il non potere controllare i luoghi pii, che dipendevano dai lasciti dei loro avi. In verità la situazione generale era difficilmente governabile. Alluvioni, carestie, passaggi di eserciti spalancavano il problema drammatico della sussistenza. Vi era un fondo costante di miserabilità for-

mato da accattoni, vagabondi, oziosi, ma anche da malati cronici come ciechi, sciancati, sordomuti e dai problemi sociali di orfani, esposti, zitelle, vedove, vecchi soli. L'ordine interno poteva essere garantito solo con qualche tipo di assistenza perché dati i mezzi a disposizione, non si riusciva a recuperare questi disastri come forza lavoro.

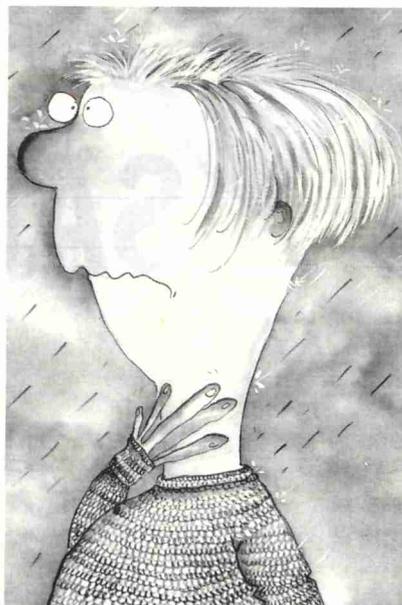
Ciò poneva nello stesso tempo le basi dell'immobilismo sociale. I possedimenti dell'ospedale non erano scarsi: poderi, fondi urbani e case in città. In totale 5.500 tornature di terra. Col prodotto di questi beni dovevano essere mantenuti gli infermi, il personale, i medici, gli impiegati. La spesa totale era di circa 1.200 scudi. Agli esposti si corrispondeva una modesta paga; 80 baiocchi al mese fino ai sei anni; 50 baiocchi dai sei ai nove anni; venticinque baiocchi dai nove ai dodici per i maschi e fino ai quindici anni per le femmine. Le esposte, venivano mantenute nell'ospedale, in mancanza di custodia e di servizio, a qualsiasi età. In caso di collocamento, di nozze per esempio, si versavano quindici scudi come dote. Gli esposti, fra il 1680 e il 1790 rappresentavano circa il 4-5 per cento dei nati di Ravenna. Come si è detto sopra la mortalità, era sempre altissima: nel periodo sopra considerato il 62.5 per cento nel primo anno di vita. Si ebbero, però, punte dell'85 per

cento di mortalità fra il 1780 e il 1790 (11). La media degli esposti annualmente si aggirava sulle 60 unità per anno nella metà dell'ottocento; di questi il 10% veniva trovato morto e il 20% moriva nei primi quindici giorni di vita. Del resto nascere in questi secoli era un'avventura ad altissimo rischio, anche in famiglie agiate, per pregiudizi e ignoranza. La gravida veniva spronata a lavorare di più, perché il parto sarebbe stato più facile. L'eccesso di fatica provocava aborti o parti prematuri. Si partoriva in casa su pagliericci o su cosiddette sedie da parto, con l'assistenza delle donne di casa o di una mamma o ostetrica, con le immaginabili complicazioni setticemiche. Le complicanze erano ancora più frequenti per quelle che partorivano in ospedale. La balia campagnola cui era affidato l'esposto allattava anche i suoi bambini ma doveva lavorare i campi e lasciava che i bimbi strillassero per ore fasciati tutto il giorno con le urine e feci sulla pelle. Si passava presto a pappe, polenta, grossolane minestre e le diarree ponevano spesso fine ai giorni dei piccoli. Contribuivano a questa conclusione la sifilide, la scrofola, le gastroenteriti, le oftalmie e le affezioni polmonari.

C'è ancora qualcuno che si sente di lodare il "buon tempo antico"?

Bibliografia

- (1) *Il Libro di Agnello Istorico*, trad. e note di M. Piepaoli, Diamont Byte ed., Ravenna 1988, p. 89.
- (2) A. Zirardini, *Degli antichi edifici profani di Ravenna*, Archi, Faenza 1762, p. 212.
- (3) *Annali Camaldolesi*, t. I, Appendice, p. 221.
- (4) Arch. Arciv. Ravenna, capi. E., n. 1889.
- (5) A. Zirardini, op. cit., pp. 212-13.
- (6) Arch. St. Com. Rav., Cancelleria, 32, c. 115r; M. VV., *Storia di Ravenna*, Marsilio ed., Venezia 1994, p. 659.
- (7) M. Fantuzzi, *Monumenti Ravennati dei secoli di mezzo*, Venezia 1804, VI, p. 202. Qui si ricorda che Francesco di Zenino "de Artonibus" prende in affitto una casa con orto e cortile posta nella regione di S. Salvatore, vicino alla porta di S. Lorenzo, confinante con un lato con la Platea Maior (ora via di Roma), con un altro cogli eredi "Palatii de Palazolo" e con un altro con l'Ospedale di S. Apollinare Nuovo.
- (8) D. Bolognesi-C. Giovannini, *Gli esposti a Ravenna fra '700 e '800, in città e controllo sociale tra XVIII e XX secolo*, a cura di E. Sori, Milano 1982.
- (9) E. Nasalli Rocca, *Il diritto ospedaliero nei suoi lineamenti storici*, in "Biblioteca della Rivista di Storia del diritto italiano", XX (1956), p. 19.
- (10) Arch. Arciv. Ravenna, 63, c. 378.
- (11) D. Bolognesi-C. Giovannini, op. cit., pp. 307-328.



Il sistema di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci in pediatria

L. Guglielmo, R. Leone, A. Conforti, U. Moretti, G.P. Velo

Servizio di Farmacologia Medica, Istituto di Farmacologia,
WHO Reference Centre for Education and Communication in International Drug
Monitoring, Università di Verona

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 21-23

Abstract

Adverse drug reaction surveillance system in children

Undernotification of adverse drug reactions is common in Italy as well as in other european countries. Results of a project carried out by pediatricians in the Veneto region are presented and discussed.

Keywords: *Drug reaction, Surveillance*

Il problema delle reazioni avverse da farmaci (*adverse drug reaction*, ADR) in pediatria è un problema di organizzazione sanitaria che non è stato finora affrontato in maniera adeguata. Negli ultimi dieci anni sono stati condotti pochissimi studi internazionali e in Italia il quadro risulta insoddisfacente. Secondo l'OMS una reazione avversa da farmaci è una risposta dannosa e non desiderata che occorre a dosi utilizzate nell'uomo per profilassi, diagnosi o terapia. Le ADR sono classicamente divise in *attese* (dovute al meccanismo d'azione del farmaco), e *non attese* (*idiosincrasiche*, imputabili spesso a meccanismi su base genetica, in genere dose-indipendenti; *allergiche*, su base immunomediata; *carcinogenetiche* o di tipo *teratogeno*).

La conoscenza delle ADR è uno dei termini necessari (l'altro è ovviamente l'efficacia) per definire il rapporto beneficio/rischio dei farmaci, con ricadute sia a livello individuale (scegliere il trattamento migliore per quel dato paziente) che di sanità pubblica (mantenere o no sul mercato un determinato farmaco, informare i prescrittori sui rischi potenziali, ecc.).

Una volta sul mercato le ADR possono essere evidenziate oltre che da ulteriori studi clinici controllati anche dagli studi epidemiologici di tipo osservazionale o analitico (di coorte o caso-controllo), con l'incrocio di varie banche-dati (es. uso del farmaco ed ospedalizzazioni), con i case-report che appaiono in letteratura e con i sistemi organizzativi nazionali di segnalazione spontanea (farmacovigilanza). Nessun metodo da solo è in grado di soddisfare i molteplici obiettivi della farmacovigilanza e le caratteristiche sanitarie, culturali e organizzative dei diversi paesi favoriscono l'utilizzo di una metodica rispetto ad un'altra. Negli USA ad esempio è in pieno sviluppo l'organizzazione di sfruttamento delle grandi banche-dati (*record-linkage*), mentre in Europa si punta a promuovere la segnalazione delle ADR da parte dei medici. Nell'ambito della farmacovigilanza un ruolo rilevante potrebbe essere svolto dall'industria farmaceutica, che possiede una grande mole di informazioni sulle ADR dei propri prodotti raccolta anche attraverso la rete capillare degli informatori. Ogni ditta è tenuta a continuare la sorveglianza sulle ADR dei propri prodotti e ad inoltrare rapporti periodici alle autorità sanitarie.

La segnalazione spontanea e la normativa italiana

Tra le diverse metodologie organizzative dell'epidemiologia del farmaco finora utilizzate, la segnalazione spontanea è il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle nuove reazioni avverse che si manifestano quando un farmaco entra nella pratica. In linea teorica la segnalazione spontanea permette di sorvegliare tutti i pazienti esposti all'uso dei farmaci. Per esprimere pienamente la sua potenzialità è indispensabile che tutte le segnalazioni vengano convogliate su centri di raccolta a carattere nazionale o meglio ancora sovranazionale, in modo da estendere il più possibile la sorgente delle segnalazioni.

La sua attuazione è legata ad un concetto di volontarietà, da cui il nome, anche se in alcuni Paesi come l'Italia è obbligatoria. Nel nostro Paese la legge istitutiva della farmacovigilanza risale al 1987 ed è stata recentemente modificata dal Decreto Legislativo 18/2/97 n. 44 in ottemperanza alle direttive CEE in tema di medicinali. I medici, i farmacisti e l'industria farmaceutica sono tenuti a segnalare le ADR all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) o alla Direzione Sanitaria (nel caso dei medici ospedalieri entro sei giorni dall'osservazione della reazione (tre

N.B.

La bibliografia può essere richiesta agli aa.

giorni nel caso di effetto grave). Una novità del decreto è l'introduzione di sanzioni: da 1 a 10 milioni di multa all'arresto fino a sei mesi. Oltre che per i responsabili dell'industria farmaceutica, delle ASL e delle Direzioni Sanitarie, le sanzioni sono previste anche per i medici e i farmacisti che non si attengono all'obbligo della segnalazione.

A nostro parere l'introduzione di sanzioni non è il sistema più adatto per ottenere un miglioramento nella segnalazione di reazioni avverse da farmaci. La segnalazione spontanea fa parte di un modo più attento di prescrivere i farmaci e rientra in un comportamento del medico che si ottiene attraverso un'operazione di crescita culturale continua. Il sistema di segnalazione spontanea delle ADR è attivo in 48 Paesi ed i dati nazionali vengono convogliati ad un Centro di coordinamento dell'OMS. L'ostacolo maggiore ad un proficuo funzionamento del sistema di segnalazione spontanea è la scarsa adesione dei medici [1]. Il fenomeno della sottosegnalazione è presente anche in paesi leader della farmacovigilanza come la Gran Bretagna, dove è stato calcolato che circa il 20% dei medici aderisce al sistema di raccolta delle ADR e solo un decimo delle reazioni importanti viene segnalato [2], ma è particolarmente grave in Italia sia per le strutture ospedaliere che per la medicina del territorio: in alcune regioni non viene raccolta alcuna segnalazione.

La situazione del Veneto è un'eccezione, essendo la Regione con la quota maggiore di segnalazioni [3] anche se il numero di medici che partecipano attivamente al

sistema rappresenta una piccola percentuale rispetto al totale dei medici della regione (5%). Va, inoltre, evidenziato che una parte sostanziale delle segnalazioni (circa il 60%) riguarda ADR banali per farmaci ben conosciuti, come d'altronde impongono le norme vigenti.

Le motivazioni della sottosegnalazione sono molteplici e complesse: un'indagine attitudinale da noi condotta [4] evidenzia, che le maggiori cause di mancata segnalazione sono le carenze organizzative del sistema (ad esempio la non disponibilità dei moduli quando servono).

Questa stessa indagine mette in luce che uno dei fattori considerati importanti dal medico nella decisione di inviare una segnalazione è costituito dal grado di certezza nella diagnosi di ADR.

Su quest'ultimo aspetto sottolineiamo che al contrario andrebbero segnalati anche i semplici sospetti o per meglio dire gli "eventi" avversi, cioè le situazioni cliniche sfavorevoli che si manifestano nel corso di un trattamento farmacologico senza porsi il problema della relazione causale con il farmaco.

Il concentrarsi di segnalazioni di un dato evento durante il trattamento con un certo farmaco farà nascere il sospetto che si tratti di una reazione avversa e successive indagini consentiranno di stabilire la relazione di causalità.

Un altro aspetto da tenere in considerazione per aumentare l'interesse dei medici alla segnalazione spontanea è rappresentato dal collegamento tra i medici segnalatori e centro/i di raccolta delle ADR. Il medico non ha chiaro (come dargli torto!) il "destino", l'uso, il risultato delle sue segnalazioni. È quindi indispensabile fornirgli un'adeguata informazione di ritorno.

Tab. 1. Segnalazione spontanea nel Veneto ('88-ottobre '97): principi attivi con più di cinque segnalazioni di ADR relative all'età pediatrica.

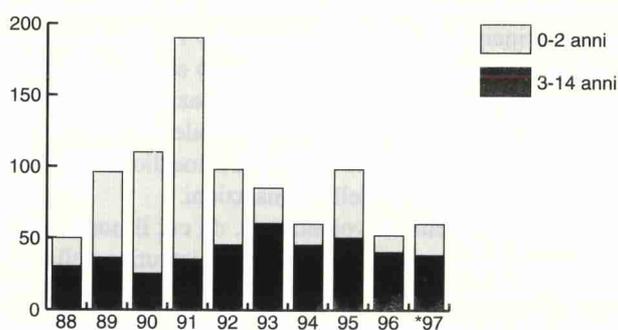
Principi attivi	0-2 anni	3-14 anni
Vaccino differite tetano pertosse	366	17
Vaccino differite e tetano	26	34
Vaccino epatite B	14	39
Amoxicillina	11	28
Amoxicillina + acido clavulanico	9	19
Paracetamolo	7	16
Vaccino poliomielite	20	2
Vaccino tetano	1	16
Acido acetilsalicilico	1	15
Vaccino morbillo parotite e rosolia	11	4
Claritromicina	1	13
Brodiprim	3	10
Eritromicina	2	11
Cefaclor	5	6
Azitromicina	1	9
Propifenazone	2	8
Metoclopramide	2	6
Ketoprofene	2	5
Vaccino tifoideo	0	7
Carbamazepina	0	6
Feprazone	0	6
Salbutamolo	2	4

il "destino", l'uso, il risultato delle sue segnalazioni. È quindi indispensabile fornirgli un'adeguata informazione di ritorno.

ADR in pediatria

Anche i pediatri sembrano dimostrare una scarsa attenzione al problema [5]. In pediatria il numero di ADR sembra essere minore che nel resto della popolazione (3-5 ADR ogni 100 trattamenti rispetto al 10-40% degli adulti e degli anziani; 2 ospedalizzazioni da ADR ogni 100 ricoveri rispetto al 3-8% degli adulti), salvo naturalmente situazioni particolari come ad esempio i neonati in terapia intensiva o i bambini sottoposti a terapia antitumorale [6, 7]. I farmaci maggiormente implicati nelle ADR in pediatria rispecchiano naturalmente lo specifico profilo di utilizzo in

Fig. 1. Numero di segnalazioni di ADR nel Veneto riferite a pazienti in età pediatrica (0-14 anni).



* I dati del 1997 sono aggiornati al mese di ottobre

tale fascia di età, che vede farmaci antiinfettivi e farmaci analgesici-antipiretici-antiinfiammatori in testa nei consumi. In genere si tratta di reazioni che interessano principalmente la cute e l'apparato digerente (eritema-orticaria e vomito-diarrea). Tra i farmaci che possono provocare ADR tali da richiedere una ospedalizzazione oltre alle classi citate ci sono gli anticonvulsivanti, i teofillinici ed i vaccini (per quanto riguarda i vaccini la discussione meriterebbe da sola un intero articolo). In mancanza di dati analitici sulle segnalazioni di ADR in Italia in campo pediatrico sembra utile riportare alcuni dati della Regione Veneto, dove da alcuni anni è operante un'organizzazione facente capo ad un Gruppo di Farmacovigilanza, che fa capo al Servizio di Farmacologia Medica dell'Istituto di Farmacologia dell'Università di Verona, costituito da medici, farmacisti e farmacologi, che per incarico della Regione analizza le segnalazioni. Attualmente la banca-dati del Veneto contiene più di 7.000 segnalazioni relative a 868 principi attivi. Nella *figura 1* è riportato il numero di segnalazioni pediatriche (888 dal 1988 all'ottobre 1997), che rappresenta il 13% del totale delle segnalazioni inviate dai medici del Veneto, con un tasso medio annuale di 14.2 segnalazioni/100.000 abitanti leggermente inferiore al tasso per le altre fasce d'età (16.4). Le segnalazioni relative alla fascia di età compresa tra i 3 e i 14 anni (per il 50% provenienti dai pediatri di base) si mantengono pressoché costanti nel tempo. Più oscillante è l'andamento delle segnalazioni relative alla fascia di età compresa tra 0 e 2 anni (più dell'80% provenienti dai Distretti sanitari). Queste segnalazioni sono in larghissima parte (86%) relative ai vaccini (*tabella 1*). Il maggior afflusso negli anni '89-'91 è stato determinato da una situazione di "allarme", a seguito di un presunto caso mortale da vaccino tifoideo in una USL. In seguito la situazione si è "normalizzata" con un notevole decremento nelle segnalazioni. Bisogna altresì tenere presente che il personale vaccinatore dei servizi per l'Igiene Pubblica è tenuto a segnalare agli Osservatori Epidemiologici delle Regioni le reazioni avverse da vaccini su apposito modulo (diverso da quello della segnalazione spontanea sui

farmaci). La Regione Veneto, per dare migliore applicazione alla legge n. 210 del 25/2/92, provvede dal 1993 all'invio di copia di tali moduli all'Istituto di Immunologia e Malattie Infettive dell'Università di Verona per l'analisi (sono pervenute finora circa 1.000 schede). I medici dei Distretti Sanitari devono utilizzare tale canale per le loro segnalazioni.

I medici e i pediatri di base, i medici ospedalieri, di fronte ad una reazione avversa da vaccino dovrebbero compilare l'apposito modulo con i dati a disposizione e inviarlo al Distretto Sanitario dove è stata effettuata la vaccinazione, che lo completerà con i dati relativi al vaccino e provvederà all'inoltro. Nella *tabella 1* oltre ai vaccini sono elencati i principi attivi maggiormente segnalati come responsabili di ADR in età pediatrica: vi troviamo i farmaci tipici della pediatria quali antibiotici e antiinfiammatori. Tra questi ultimi ricordiamo che il feprazone è stato ritirato dal commercio in Inghilterra nel 1984 proprio in base ai dati della segnalazione spontanea. Infine, solo il 20% delle ADR segnalate nel Veneto sono da considerare gravi (che portano ad ospedalizzazione, che provocano danni permanenti o che mettono a rischio la vita del paziente) o sconosciute.

Conclusioni

In Italia l'organizzazione dell'attività di farmacovigilanza è estremamente carente. La situazione in campo pediatrico non si discosta sostanzialmente da questa realtà. Eppure le ADR in pediatria rappresentano

un evento non infrequente e che può provocare gravi conseguenze nei bambini. Sulla base della nostra esperienza ci sembra di potere indicare alcuni interventi volti a migliorare il sistema italiano della segnalazione spontanea:

- Fornire linee-guida dettagliate su come, cosa e per quali farmaci segnalare;
- Creare un bollettino periodico, dedicato alla Farmacovigilanza, che fornisca un'informazione di ritorno ai medici;
- Porre in atto iniziative formative (sia pre che post-laurea) che chiariscano scopi e modalità della segnalazione spontanea;
- Rendere più visibile il sistema con una costante "campagna promozionale" nei confronti dei medici (in Inghilterra il numero delle segnalazioni si è quasi duplicato semplicemente aggiungendo al ricettario una pagina che ricorda di segnalare le reazioni avverse da farmaci);
- Creare dei Centri Regionali di Farmacovigilanza (in collegamento tra loro e con il Ministero della Sanità) che mantengano un rapporto più stretto e costante con i medici.

Ma, al di là degli aspetti organizzativi, l'obiettivo fondamentale è che la segnalazione di ADR non sia intesa solo come un obbligo di legge, ma come parte essenziale di un costante processo culturale e di responsabilizzazione che consenta un uso più sicuro dei farmaci. ■

Info ACP Info ACP Info ACP Info ACP 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.



Lessico poco familiare: il digest sull'efficienza

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 24

red.

Abbiamo spulciato alcuni articoli e riviste per approfondire il termine efficienza che è di uso corrente nel linguaggio della managerialità. Offriamo ai lettori un digest su questo termine.

Efficienza

È la conseguenza della capacità di scegliere, fra le varie modalità di utilizzazione delle risorse disponibili, quella che permette di ottenere il massimo dei risultati a parità di consumo di risorse.

È una prerogativa che dovrebbero avere i direttori generali, ma che per diventare realtà necessita della collaborazione di tutti i sanitari dell'azienda in particolare dei dirigenti sanitari e che richiede la compresenza delle varie specifiche "efficienze" che seguono.

Efficienza allocativa

Capacità dei dirigenti di più alto livello di distribuire le risorse in maniera appropriata fra i vari settori di attività dell'azienda in modo che ne risulti una complessiva ed equilibrata buona produzione di prestazioni.

È una prerogativa che dovrebbe essere dei direttori generali, sanitari ed amministrativi.

Efficienza organizzativa

È il passo successivo che determina, costruisce e corregge l'organizzazione ed il modo di funzionare (processo) del personale e delle strutture (locali, apparecchiature, attrezzature) di ogni singola parte dell'azienda.

L'utilizzazione di queste componenti del processo di produzione delle prestazioni sanitarie deve fornire il massimo delle prestazioni in senso quantitativo con la conservazione di elevati livelli di qualità della prestazione stessa e di soddisfazione per il paziente ed il cittadino.

La si esercita specialmente, da parte dei dirigenti sanitari di 2° livello, nei servizi o dipartimenti la cui "risorsa guida" sono le tecnologie pesanti (immagini, medicina nucleare) o in strutture complesse come le sale operatorie, o in interventi in aree popolazionistiche di rilievo come quelle distrettuali o sovradistrettuali (medicina di comunità).

L'obiettivo finale ed il criterio con cui la si misura è la produzione effettiva di benefici per i pazienti o per la collettività dei cittadini (efficacia degli interventi sanitari)

Efficienza operativa

È una fase successiva che riguarda l'organizzazione degli interventi in aree più dettagliate e la fornitura finale delle prestazioni al paziente o al cittadino.

Fa perno sulla capacità di decidere l'utilizzo delle risorse assegnate ai singoli moduli o UO in modo da produrre prestazioni efficaci, con la contemporanea acquisizione di una consapevolezza dei costi delle decisioni ed in modo da fornire ai pazienti o ai cittadini prestazioni tecnicamente adeguate, appropriate al caso, e veramente indispensabili per riconquistare o conservare la salute. In sostanza il dirigente medico deve, per ogni caso e per ogni intervento, fare avere al cittadino il "né di meno né di più" di quello che le conoscenze scientifiche consentono di fargli avere.

Scelte ed impegni del Piano Sanitario della Regione Piemonte

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 25-26

A. Ravaglia, G. Garrone

Gli amici dell'ACP del Piemonte hanno ottenuto un grosso successo con l'istituzione del DMI su scala regionale.

Ripercorriamo con loro la strada della costituzione di questo successo di cui ci siamo occupati su Quaderni acp 1996;6

Questo contributo ha lo scopo di far conoscere un percorso organizzativo delineatosi negli ultimi due anni nella nostra regione, che come molti ormai sanno *per prima ha introdotto i Dipartimenti materno infantili su tutto l'ambito territoriale*, con una struttura organizzativa ed una composizione comuni. Crediamo che possano essere interessanti non soltanto i contenuti, quanto le metodiche adottate.

Tutto è nato durante l'elaborazione peraltro anche da noi travagliata del *Piano Sanitario Regionale* approvato infine nel novembre del '97. Per volontà dell'Assessore dott. Antonio D'Ambrosio, fra l'altro un medico, alla stesura del *capitolo relativo alla tutela materno-infantile* ha contribuito fin dalla primavera del '96 una commissione tecnico-scientifica di cui gli scriventi fanno parte. Un primo aspetto originale da segnalare è che i membri della commissione sono stati scelti a titolo personale, indipendentemente dall'appartenenza ad associazioni, sindacati, università od Enti, e soprattutto dagli schieramenti politici, e quindi non hanno interessi da difendere.

Tale commissione è costituita da due pediatri di base, un pediatra ospedaliero, un neuropsichiatra infantile, un epidemiologo e due ostetrici, non è retribuita, si riunisce un paio di volte al mese e supporta l'ufficio di programmazione del settore materno-infantile; un componente la commissione è presente in questo ufficio quasi a tempo pieno.

Nel PSR per ciò che concerne il materno-infantile viene individuato un *obiettivo strategico* consistente nella *riduzione dei tassi di mortalità infantile e perinatale* (più elevati rispetto ad altre regioni del centro-nord), da perseguire attraverso la realizzazione di *obiettivi operativi*:

- la *revisione delle terapie intensive neonatali* (mediante identificazione di tre livelli con relativi standard per i punti nascita, tutti da dotare di guardia attiva ginecologica, pediatrica ed anestesiologicala, e la centralizzazione del trasporto neonatale);
- la *definizione di un percorso nascita in ogni ASL* (che curi l'efficienza del trattamento perinatale nel rispetto della fisiologia e l'educazione all'uso appropriato delle strutture di vario livello);
- l'identificazione ed il potenziamento di *centri di riferimento per malattie genetiche*;
- l'*aumento dell'immunizzazione* per malattie di cui è raccomandata la vaccinazione;
- la realizzazione di *registri per malattie croniche*;
- la diffusione di *controlli di salute ed interventi preventivi in gravidanza ed in età infantile*;
- la realizzazione di *centri per adolescenti in ogni ASL*.

Qualcosa che assomiglia abbastanza ad uno dei tanti libri dei sogni. Il PSR però individua anche gli *strumenti operativi indispensabili alla realizzazione degli obiettivi*: la *revisione della rete ospedaliera*, l'*istituzione dei Dipartimenti Materno Infantili*, lo *sviluppo della pediatria di comunità*, il *potenziamento della neuropsichiatria infantile*, la *realizzazione di un centro epidemiologico regionale*.

Inoltre, e qui sta l'aspetto più innovativo, l'Assessorato ha incaricato la nostra stessa commissione di seguire l'attuazione del capitolo del Piano relativo alla tutela materno-infantile, mediante la *elaborazione di linee guida regionali da inviare alle 22 ASL ed il monitoraggio continuo dei percorsi da queste seguite per la realizzazione degli obiettivi*.

La prima linea guida predisposta è stata quella relativa al DMI. Una prima versione emanata

nell'estate '96, contenente ad onor del vero alcune imprecisioni ed incongruenze, ha suscitato osservazioni e critiche in base a cui ne è allora stata preparata una seconda, che precisava gli aspetti culturali del DMI e chiedeva alle ASL di avviare i Dipartimenti entro il 31 ottobre '97.

Inoltre la realizzazione degli stessi è stata inserita dall'Assessorato fra gli obiettivi per la riconferma dei Direttori Generali delle ASL e definita condizione necessaria ad ottenere incentivi economici regionali.

Questo ha condotto a far sì che ad oggi *ventuno ASL piemontesi su ventidue abbiano deliberato l'istituzione dei DMI.*

Senza entrare nello specifico di questo documento, sottolineiamo come in esso si definiscano *due compiti*: indirizzare e coordinare le diverse unità operative alla *realizzazione degli obiettivi regionali* ed eventualmente locali, collegare funzionalmente e ed integrare i servizi territoriali ed ospedalieri anche promuovendo l'elaborazione e l'applicazione di *protocolli di comportamento comuni*. Il tutto evidenziando l'importanza della formazione, della raccolta dei dati, della verifica dei risultati, della collaborazione a tutti i livelli.

Ulteriori linee guida realizzate (ottobre '97) riguardano invece i *due obiettivi individuati come prioritari*:

- il *percorso nascita*, programma di coordinamento degli interventi regionali e locali per la tutela della salute della gravida e del neonato;

- i *controlli di salute in età pediatrica*, che comprendono gli screening da realizzarsi tramite la pediatria di comunità (in pratica quello per l'ambliopia), ed i bilanci di salute affidati ai pediatri di famiglia come da Convenzione. A questo proposito la nostra Commissione ha contribuito a stipulare *accordi regionali* attuativi della Convenzione nazionale, che dovrebbero permettere un reale coinvolgimento dei pediatri nelle strategie assistenziali regionali e locali.

Sperimentalmente sono state predisposte delle schede molto sintetiche che i pediatri di famiglia dovranno compilare nell'eguire i bilanci di salute; le ASL avranno il compito di raccogliere i dati più significativi e di trasmetterli all'osservatorio

epidemiologico regionale.

In queste settimane sono in fase di realizzazione due ulteriori documenti relativi al parto a domicilio, che si è scelto di regolamentare e ricondurre nell'ambito del percorso nascita, pur essendo espressione di una richiesta minima, ed alla *pediatria di comunità*, che dovrà essere organizzata come funzione da realizzare in ogni ASL tenendo conto delle risorse di personale localmente disponibili, puntando molto sulla formazione e sulla valorizzazione della componente infermieristica.

L'ufficio di programmazione ha inoltre accolto la proposta di assumersi un forte impegno nella *promozione dell'allattamento al seno*, che si articolerà su più fronti: un corso di sensibilizzazione rivolto ai Responsabili dei DMI ed un corso per due operatori di ognuna delle ventidue ASL del Piemonte, entrambi realizzati in collaborazione col Burlo Garofalo di Trieste; corsi di formazione per Pediatri di base realizzati col metodo di formazione attiva in piccoli gruppi, inclusi nel programma di aggiornamento obbligatorio, educazione sanitaria rivolta alla popolazione.

Molto è stato dunque fatto, e moltissimo resta ancora da fare; come detto sopra lo sforzo è di dare seguito a tutta questa elaborazione teorica seguendone l'applicazione nelle diverse ASL.

Gli strumenti che abbiamo scelto sono la raccolta costante di dati ma soprattutto il contatto diretto e permanente fra ufficio di programmazione ed ASL, anche tramite *incontri periodici* con Direttori Genera-

li e/o Sanitari, Responsabili dei DMI, Responsabili dei progetti, durante i quali vengono presentate e discusse le linee guida man mano elaborate dalla nostra commissione.

Siamo naturalmente consapevoli che un insieme di norme o di documenti non può cambiare magicamente la qualità dell'assistenza né la salute dei bambini, speriamo però che possa essere di stimolo: in fondo stiamo scommettendo sulla presenza di energie positive capaci di vincere resistenze ed opposizioni che non mancheranno di manifestarsi.

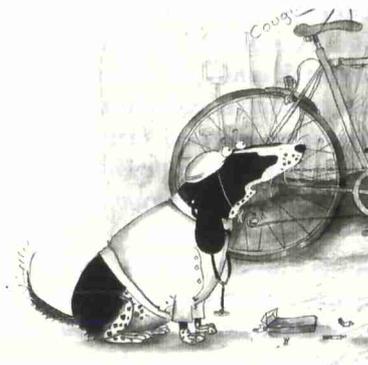
Il Dipartimento Materno Infantile per intanto è stato istituito ed avviato in tutto il Piemonte; l'aspetto originale derivato dalla disponibilità dell'Assessorato è stata la sua calata dall'alto, il che costituisce un limite ed un pericolo, ma comporta il pregio della omogeneità in tutto l'ambito regionale.

Un vincolo che sentiamo presente è la riconduzione al suo interno di normative derivate dalla dipartimentalizzazione ospedaliera, in contrasto con la desiderata forte caratterizzazione territoriale, che speriamo di recuperare nella realizzazione dei progetti obiettivo.

Certamente si è messo in moto un processo di revisione vasto anche se ancora un po' confuso, che ha prodotto localmente un fiorire di incontri, discussioni e confronti fra operatori sanitari dell'area ostetrica e pediatrica, che ci auguriamo possa produrre un nuovo terreno culturale indispensabile a radicare quei cambiamenti organizzativi e culturali che rappresentano il nostro obiettivo.

Concludiamo informando che chi fosse interessato a ricevere il documento sul DMI e tutte le linee guida di cui abbiamo parlato può eventualmente scrivere a: *Aldo Ravaglia, Via Druetti 16 - 10033 Castelrosso di Chivasso (To).*

Chi leggerà questa documentazione troverà certo l'eco di pubblicazioni o congressi dedicati dall'ACP a questi temi: pensiamo che nessuno se ne avrà a male né ci accuserà di plagio. Noi ne approfittiamo per ringraziare chi in questi anni ci ha aiutati a crescere ed a cogliere l'opportunità per realizzare qualcosa che speriamo utile alla salute dei bambini della nostra regione.





Antibiotici nell'otite: la letteratura dice no

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 27

red.

Su *Quaderni acp* (1996;1:37) si è parlato del maluso di antibiotici nel trattamento dell'otite. Un articolo di revisione di autori inglesi americani ed olandesi sul *BMJ* (1997;315:98) ci dà l'occasione per tornarvi.

Viene ribadito che non ci sono studi ben fatti e sicuri che dimostrino benefici, sia a breve che a lungo termine, dall'uso routinario di antibiotici nell'otite acuta. Una recente metanalisi concludeva che 1 bambino su 7 aveva beneficio dal trattamento (*Quaderni acp* 1996;1:37), ma gli aa sostengono che di quella metanalisi solo 4 dei 33 studi utilizzati comprendevano gruppi trattati con placebo a nessun farmaco. Gli stessi aa, dopo avere revisionato altri 50 trials concludevano che era impossibile ogni valida conclusione.

In Olanda i malati di otite ricevono antibiotici nella misura del 68%, mentre negli altri paesi europei tale percentuale è del 94%.

Ebbene, se si vogliono valutare le complicanze si tenga conto che su 4.860 malati consecutivi trattati senza antibiotici solo 2 ebbero una mastoidite che si risolse senza danni col trattamento mentre nessuno sviluppò una meningite.

I fattori di rischio per la otite sono sostanzialmente tre: l'allattamento artificiale, avere meno di 2 anni, il ciuccio e l'asilo; i fattori protettivi l'allattamento al seno, il non uso del ciuccio e l'abolizione del fumo in casa. L'utilità della vaccinazione pneumococcica è dubbia.

L'effetto del trattamento antibiotico sulle resistenze batteriche è grossolano. La resistenza all'ampicillina dopo trattamento antibiotico aumenta di tre volte.

La resistenza riguarda il Pneumococco e l'Emofilo e può diffondersi negli asili e nella comunità. L'Olanda ha una minore prevalenza di resistenza proprio per il minor uso di antibiotici: solo il 3% dei Pneumococchi ed il 4.7% degli Emofili è resistente all'Amoxi. In Islanda, dopo una campagna di sensibilizzazione contro l'abuso di antibiotici, la resistenza al Pneumococco è scesa dal 20% al 16.9%.

Le norme di comportamento di fronte all'otite in Olanda sono le seguenti:

Sopra i due anni

- Trattamento dei soli sintomi (paracetamolo con o senza gocce decongestionanti) per i primi 3 giorni.
- Rivalutazione se i sintomi (dolore o febbre) continuano al 4° giorno. Il pediatra sceglie se aspettare ancora o dare antibiotici (amoxi o eritromicina se l'amoxi è controindicata) per 7 giorni.
- Trattamenti particolari per la perforazioni non vengono presi in considerazione, in questa età, a meno che non persistano per più di 14 giorni. A quel punto viene effettuato un ciclo di antibiotici.

Da 6 mesi a 2 anni

- Il comportamento è lo stesso, ma è consigliata una visita di controllo dopo 24 ore dall'insorgenza dei sintomi. Il pediatra sceglie o l'attesa per altre 24 ore o il trattamento.
- Invio all'ORL se il bambino sembra molto sofferente o non migliora dopo 24 ore di trattamento. ■



Lavoro integrato nel Lazio per i bambini con patologia cronica

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 28-29

ACP Lazio

Abstract

Children with chronic disease

A collaborative project carried out by family paediatricians to improve the care for children with chronic diseases is presented and discussed

Keywords: *Chronic disease, Special needs*

In questi ultimi anni sia *M. e B.* che *Quaderni acp* hanno rivolto una particolare attenzione ai bambini affetti da patologia cronica. Dopo il lungo lavoro di ricerca statistico-epidemiologica (*M. e B.* 1992;2:114-120 e 1994;2:92-101) per definire l'entità del problema, sono nati vari progetti operativi regionali o locali, rivolti a migliorare la qualità di vita di questi bambini e a venire incontro alle difficoltà delle loro famiglie. Ricordiamo la proposta operativa dell'Emilia Romagna per i bambini Down, quelli affetti da fibrosi cistica o malattia oncoematologica (*M. e B.* 1996;4:36-37), quella della Regione Lombardia sul bambino Down (*M. e B.* 1996;7:39-45), quella di Bergamo per i bambini epilettici e cardiopatici (*M. e B.* 1996;8:514-522), da ultimo il lavoro svolto a Monza per il bambino oncologico (*Quaderni acp* 1996;6:36-39).

Anche a Roma qualcosa si sta muovendo. Due anni fa L'ACP laziale è stata invitata dall'Ospedale "Bambin Gesù" a proporre modelli di collaborazione fra pediatra di famiglia e Centri Specialistici di III livello (identificabili facilmente con quelli che si occupano di patologie gravi e tendenti a cronicizzare). Da allora un gruppo di pediatri (di famiglia, di comunità, ospedalieri) ha lavorato a un progetto di interazione fra tutti gli operatori nell'assistenza al bambino con patologia cronica.

È stato deciso di iniziare uno studio pilota, rivolto ai soli bambini oncologici in prima diagnosi, per verificarne la fattibilità e le difficoltà da affrontare. Il progetto di assistenza ha le seguenti caratteristiche.

Obiettivi

- Migliorare la qualità di vita del bambino e della sua famiglia, riducendo i tempi di ospedalizzazione e favorendo il suo rientro nella vita quotidiana.
- Creare un rapporto di collaborazione attiva fra pediatri ospedalieri e pediatri di base così da dare alla famiglia la certezza di una continuità d'assistenza fra ricovero e degenza a casa.
- Offrire a tutta la famiglia un sostegno psicologico anche al di fuori di quello che viene fornito in ospedale, ma in sintonia con esso, consapevoli che, comunque vadano le cose, una malattia grave e lunga comporta squilibri in tutti i membri della famiglia.
- Facilitare le pratiche burocratiche per ottenere esenzioni, protesi, indennità di accompagnamento, pensioni, con l'individuazione di un assistente sociale esperta.
- Preparare i pediatri extra-ospedalieri al difficile compito dell'assistenza al malato terminale a domicilio.

Metodi

Fase preliminare. Nella fase preliminare sono stati contattati i responsabili del Dipartimento Materno Infantile delle cinque ASL di Roma, e di alcune ASL limitrofe. È stato presentato loro il progetto, e dove si è ottenuta disponibilità a partecipare, si è proposto di individuare nel territorio operatori già esperti di assistenza a malati cronici o per lo meno motivati, dal momento che la partecipazione al progetto richiedeva un impegno da molti ritenuto insostenibile.

Le cinque ASL romane hanno risposto tutte positivamente, ma in maniera molto diversa. In due (RM B E RM C) si sono costituite delle équipes "ad hoc", nelle altre sono stati autorizzati

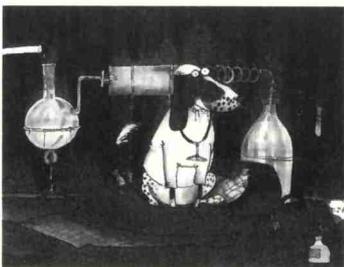
alcuni operatori (pediatra di comunità, psicologi e assistenti sociali) a parteciparvi. Su richiesta esplicita degli interessati, sono stati stabiliti alcuni incontri preliminari di formazione degli operatori sanitari del territorio, (medici, paramedici, assistenti sociali) che si svolgono in ospedale con gli oncologi e gli psicologi. Hanno una cadenza mensile: sono iniziati a gennaio '97 e hanno visto la partecipazione di un numero variabile di operatori, da 12 a 21; dopo serviranno come discussione operativa dei percorsi assistenziali attivati nei singoli casi, così che l'esperienza di alcuni sia proficua per tutti.

Fase pilota Al momento del ricovero nel reparto di Oncologia dell'ospedale "Bambin Gesù" di un bambino in cui viene diagnosticata una neoplasia sono previste:

1. incontro con il pediatra di base in ospedale, allo scopo di permettergli di seguire, anche durante il ricovero, l'evoluzione della malattia e le problematiche ad essa legate, e per assicurare la famiglia e il bambino che, una volta dimesso, sarà seguito da qualcuno che è al corrente delle terapie praticate e in stretto contatto con gli specialisti.

A tale scopo da parte dei pediatri di base è stato prodotto, in collaborazione con i colleghi ospedalieri, un libretto da distribuire in ospedale ai pediatri che verranno coinvolti, così che possano trovare informazioni pratiche sulle neoplasie in genere, sulle terapie più frequenti, sull'uso del catetere venoso centrale, sull'atteggiamento da tenere in caso di febbre o di malattia infettiva, sulle vaccinazioni, gli sport, la frequenza scolastica e i danni anche a lungo termine delle terapie effettuate. Scopo di questo opuscolo è di far sentire i pediatri all'altezza di molte situazioni, ritenute per ora non gestibili a domicilio.

2. Comunicazione della malattia da parte



dell'ospedale al referente della ASL di appartenenza del bambino, così che questi abbia tutto il tempo necessario per programmare l'aiuto necessario alla famiglia e al bambino al momento della dimissione. Il referente di ogni ASL, al momento della segnalazione, contatterà lo psicologo o la psicopedagoga e l'assistente sociale. Il responsabile si impegna anche a contattare il medico scolastico della comunità (asilo, scuola) frequentata dal bambino, in modo che questi possa informarne alla prima occasione l'insegnante ed eventualmente, d'accordo con i genitori, anche i compagni, così da facilitare poi il reinserimento del bambino nelle sue attività quotidiane.

Risultati attesi

A distanza di un anno dall'inizio della "fase pilota", si dovrebbe essere in grado di dare risposta ai seguenti interrogativi:

1. È possibile coinvolgere i pediatri di base e attuare quindi una deospedalizzazione precoce o comunque ridurre il numero di ricoveri di questi bambini per malattie intercorrenti?
2. È possibile instaurare una collaborazione alla pari fra pediatri ospedalieri e di famiglia, con una distribuzione di competenze, nell'interesse del bambino?
3. È possibile offrire maggiore sicurezza al bambino e alla famiglia alla dimissione?
4. È sostenibile da parte delle ASL un impegno di supporto psicologico per le famiglie, inteso come parte integrante del trattamento della malattia oncologica, durante tutto il decorso della malattia?

Se i risultati raggiunti fossero positivi, il modello potrebbe essere riprodotto per molte altre patologie, creando gruppi di studio per elaborare materiale informativo per i pediatri ed essere esteso anche ad altri centri di cura.

Il progetto appare una copia di quello di Monza, pubblicato su *Quaderni acp* 1996;6 anche se è nato del tutto autonomamente; in un caso su istanza dell'ospedale (Monza), nell'altro per un'esigenza di pediatri di famiglia (Roma), a testimonianza che forse i tempi sono maturi per una proficua collaborazione fra operatori diversi nell'interesse del bambino. ■

Organizzazione sanitaria

Lo screening per la displasia dell'anca

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 29

In un seminario tenutosi a Londra nel Dicembre 1997 sono stati esaminati alcuni problemi relativi agli screening da fare a da non fare. Il seminario è stato coordinato da David Hull di Sheffield.

Al momento attuale in Gran Bretagna vige ancora la raccomandazione di effettuare l'identificazione della instabilità dell'anca mediante mezzi clinici in tre tempi durante le prime sei settimane di vita. In effetti però in 2/3 delle maternità si effettua l'ecografia dell'anca, ma solo per per i bambini con anomalie cliniche o fattori di rischio. Ci sono dati che fanno supporre che ci sia un overtreatment.

Qualche dato: senza che vengano attuate procedure formalizzate di screening l'identificazione ammonta ora all'1/1000. Vengono trattati però dal 2 al 5/1000 dei bambini. In paesi stranieri dove si fa lo screening ecografico viene trattato il 40/1000 dei bambini ed il 130/1000 viene seguito per eco borderline.

Per gli inglesi raccolti nel seminario non ci sono sufficienti prove in letteratura, al momento attuale, per fare scelte ragionevoli a favore dello screening generalizzato con l'eco.

Per questo è stato incaricato lo Standing Group on Health Technology Assessment di valutare l'efficacia ed il costo/efficacia dello screening estendendo l'esame all'età postpuberale per valutare gli esiti anche alla fine del periodo di crescita.

Fino ad allora la procedura clinica è la sola che può essere usata senza essere sottoposti a critiche e comunque per ora non ci sono dati che suggeriscano minimamente un "primary screening by ultrasound".

(Systematic Reviews in Child Health. Royal College of Pediatrics and Child Health March 1998)

Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza della clinica pediatrica di Milano

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 30

red.

Il 14 marzo è stato inaugurato il Centro per la fibrosi cistica, la nuova Radiologia ed il Settore di Emergenza-Urgenza (SEU) della Clinica pediatrica "De Marchi" di Milano. La Clinica pediatrica "De Marchi" è attualmente inserita con il "Regina Elena", il "Buzzi", la "Mangiagalli" nella struttura materno infantile più grande d'Italia. Un'idea delle dimensioni l'ha data il direttore generale Mattiussi riferendo il numero dei parti che avvengono nella struttura: 7.000. Il SEU è dotato di tre strutture: il pronto soccorso, la terapia intensiva ed un settore di radiologia collegato al reparto radiologico esso pure rinnovato. I lettori di *quaderni* sanno che ci siamo più volte occupati del problema dell'emergenza pediatrica, argomento che riteniamo troppo spesso trascurato, sia dal punto di vista organizzativo che didattico. Sia nei programmi universitari che post-universitari i pediatri hanno ricevuto sul Basic Life Support e sul Pediatric Life Support una preparazione men che banale. Ci consola che, d'ora in avanti, presso la clinica pediatrica di Milano si possa passare ad una preparazione più adeguata. Per quanto riguarda il valore assistenziale è sufficiente ricordare che il RR per la mortalità nelle terapie intensive degli adulti è di 2.09 rispetto a quelle pediatriche (*Quaderni acp* 1997;4:33). Trasportando in Italia dati inglesi (*Lancet* 1997;349:1213), il fabbisogno di terapie intensive pediatriche può essere calcolato in circa di otto posti letto ogni 400.000 bambini cioè ogni 3.000.000 di abitanti, con l'esclusione dal calcolo delle intensive postoperatorie. Se non andiamo errati quella di Milano, in Lombardia, è la prima terapia intensiva pediatrica ed il livello dell'assistenza emergentistica pediatrica nelle altre regioni è molto al di sotto del richiesto. Un altro problema di grande interesse, e che può trovare soluzione in strutture come quella milanese, è il collegamento fra pronto soccorso e intensiva mediante la costante disponibilità di un intensivista per il pronto soccorso e la collocazione fra i due di un settore di osservazione. Dal punto di vista economico ed organizzativo questa strutturazione dell'intervento emergentistico ha prodotto risultati molto buoni (*Arch. Dis. Child* 1997;77:287), anche se in Italia si deve fare il conto con lo scarso collegamento fra il 118 ed i centri di terapia intensiva pediatrici (*Pediatria oggi* 1994;3-4:44). L'inserimento del SEU della "De Marchi" nel DEA del Policlinico può forse eliminare questa difficoltà di snodi altrove rilevata. L'inaugurazione del nuovo settore della clinica pediatrica è avvenuta in un'Aula Magna gremita di pediatri ed ancor più di cittadini milanesi, dato che la realizzazione dell'opera è stata sostenuta per il 50% della spesa da istituzioni private e da privati cittadini. Fabio Sereni ha ricordato, fra i benefattori, la Cariplo, la Esselunga e, fra i privati, la Celada spa, Agostino Cornaggia Medici, cui è stato dedicato un settore, e molti altri. Uno strumento di intervento che ci sembra assolutamente innovativo è che i lavori e l'acquisto delle attrezzature sono stati gestiti dalla "Associazione amici della De Marchi". Questa ha di fatto consegnato, chiavi in mano, la realizzazione agli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP). L'operazione di ristrutturazione andrà avanti, ha annunciato Sereni, con l'affiancamento, al già funzionante settore trapianti del rene, del trapianto di fegato che tra breve riprenderà e del trapianto di polmone che è di cruciale importanza per la presenza all'interno degli ICP di un grosso centro per la diagnosi e la cura della fibrosi cistica. All'inaugurazione si è visto un Fabio Sereni particolarmente commosso. Il Sindaco, il Presidente della Regione e l'Assessore regionale alla Sanità hanno detto più volte che il motore della realizzazione è stata la tenacia di Sereni "che è andato avanti rapido nei momenti facili e non ha mollato in quelli difficili". Noi ci uniamo, con molto piacere e molto affetto, ai rallegramenti per il nostro primo Presidente dell'ACP. ■

SENZA OBBLIGO
DI PRESCRIZIONE MEDICA

BIOFLORIN®

Enterococchi LAB ceppo SF68



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

Confindustria, il progetto di riforma sanitaria: ploff!

Abbiamo trascurato di commentare il progetto della Confindustria sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale reso noto in autunno, esattamente il 28 ottobre 1997. Il progetto della Confindustria, in sostanza, respinge qualsiasi possibilità del mantenimento di un sistema di assistenza basato sulla fiscalizzazione degli oneri di malattia ed abbraccia l'ipotesi - ci pare quasi da nessuno sostenuta - di un sistema interamente basato sulle assicurazioni e sui fondi privati, con una visione del welfare non più generale, ma estremamente limitata (residuale, ha detto la Bindi) e circoscritta all'assistenza ai poveri: una specie di medicare-medicaid ambientati in Italia con una notevole voglia di deregulation.

La collocazione a regime sarebbe prevista per il 2005 con la completa privatizzazione del sistema, ma già da molto prima sarebbero da attuare precise correzioni privatistiche mediante la libera scelta del cittadino fra SSN e Mutue assicurative (vi ricordate? era l'ipotesi di partenza di De Lorenzo contenuta nel d. lgs. 502/1992 e corretta poi dal governo Ciampi-Garavaglia). L'altra ipotesi sostenuta è quella "lombarda": scorporo degli ospedali dalle USL e pagamenti a tariffa alla base di tutte le remunerazioni dimenticando, ahimè, quel che è già successo, e cioè il rischio di fare diventare gli ospedali elementi incontrollabili, "DRG-sensitivi", di aumento della spesa. C'è un lato un po' umoristico del problema: Farindustria (che è Confindustria) si è sempre dichiarata contro la privatizzazione del SSN; le case di cura private (AIOP) che quindi della privatizzazione dovrebbero essere gli alfieri, con il loro presidente nazionale, si sono dimostrate estremamente scettiche sul loro rapporto con le future Mutue assicurative, che certamente sarebbero ben più refrattarie e controllatrici del SSN nel pagare le tariffe. Il loro motto è "competizione fra pubblico e privato, ma dentro il SSN".

Le Assicurazioni, a parte un paio, non si sono fatte vive; il Polo della Libertà pare

abbia abbandonato definitivamente questa ipotesi. Ma allora perché hanno presentato questo progetto?

Il nostro parlarne tardi ha un vantaggio: quello di esserci accorti che la deregulation del sistema, in Italia, non la vuole nessuno. Proprio nessuno. E infatti del progetto Confindustria non ne parla più nessuno: nemmeno la Confindustria.

I siti Internet delle grandi riviste di medicina

Il sito internet del *N.E.J.M.* è

<http://www.nejm.org/Home.htm>

Nella home page sono presenti due link principali: quello al centro della pagina ("this week") consente di accedere all'indice della ultima rivista; da qui si va ai rispettivi lavori (solo riassunti), agli editoriali ed alle lettere (testi completi). Seguendo il link "search" si può effettuare una ricerca per parole chiave sugli ultimi otto anni della rivista.

Il sito di *Lancet* è

<http://www.thelancet.com>

Dalla home page si possono seguire diversi link effettuando una registrazione come utente che è gratuita. Dall'indice, come per il *N.E.J.M.*, si accede solo ad alcuni articoli: tutti gli editoriali ed i riassunti dei lavori. Si può sottoporre a *Lancet* un progetto di ricerca ed ottenerne il giudizio.

Il sito di *JAMA* è

<http://www.ama-assn.org/public/journals/jamahome.htm>

Vi è una possibilità di lettura limitata agli abstract e la possibilità di ricerche sugli indici a datare dal 1995.

Il sito di *Annals of Internal Medicine* è

<http://www.acponline.org/journals/annals/anna/toc.htm>

È a disposizione l'intera rivista compreso ACP (American College of Physicians) on line che riporta rubriche di Evidence Based Medicine. Si possono effettuare ricerche sugli indici degli ultimi due anni.

Comuni, regioni, governo e riforma del SSN

I punti sostanziali per raggiungere l'accordo fra governo, regioni e comuni per la riforma della 502 vertono sul ruolo e la funzione dei comuni e sulla natura del loro rapporto con le regioni, sulla nomina e la revoca dei direttori generali, sugli ambiti territoriali delle USL, sullo scorporo degli ospedali dalle Aziende USL.

Negli accordi finora raggiunti si prevede il potenziamento del ruolo e del parere (non vincolante, ma obbligatorio o meglio obbligatorio, ma non vincolante) dei comuni nella determinazione della programmazione sanitaria ed il rafforzamento del ruolo dei comuni nella valutazione dei risultati delle aziende sanitarie.

Rimane privatistica e fiduciaria la natura del rapporto fra direttore generale e regione, mentre nel processo di revoca viene assicurata la rappresentanza del parere comunale.

Nessun accordo è stato invece trovato su due problemi di grande importanza:

1. La zonizzazione, cioè la determinazione degli ambiti territoriali, delle aziende sanitarie.

2. I criteri di scorporo degli ospedali.

Le regioni ritengono, almeno per la prima con poca ragionevolezza, che queste due materie siano di loro esclusiva competenza (*Pan. Sanità 1998;1:5*).

Il fumo passivo non fa male, anzi fa bene!

Qualche tempo fa la stampa quotidiana italiana ed europea ha pubblicato la notizia che vi erano dimostrazioni scientifiche che non era vero che il fumo passivo faceva male, ma addirittura faceva bene. Cos'era successo?

Era successo che la Tobacco Manufacturer Association (TMA) aveva prodotto una metanalisi che dimostrava un eccesso di rischio per tumore polmonare di 1.16 per le mogli non fumatrici di mariti fumatori.

La conclusione era: "i dati epidemiologici non supportano una inferenza di causalità di rischio elevato". Il C.I. al 95% di 1.16 era fra 0.93 e 1.44: addirittura quello 0.93 poteva essere considerato protettivo!

Lo Scientific Committee of Tobacco & Health ha immediatamente riproposto i dati consolidati che dimostrano che per i conviventi il maggior rischio di tumore polmonare è del 20-30% e che aumenta del 50% il rischio di morte improvvisa (*Lancet 1998;351:845*).

Poco professionali le prostitute dell'Est

Il SERT di Verona ha condotto una indagine su 110 prostitute provenienti dall'estero: 32 albanesi, 34 tropico-africane, 44 europee delle quali 18 provenienti dall'ex URSS. Tutte avevano un'età fra 21 e 24 anni. Due donne sono risultate HIV+ (ambidue africane), e nove donne positive attive per la Sifilide. Di queste ultime, cinque provenivano dall'ex URSS, una dalla Romania, una dalla Croazia e due dall'Africa. Il Rischio Relativo della provenienza dall'Europa dell'Est era di 5.25. Le 44 donne europee con così alta incidenza di sifilide erano, per il 66%, prostitute da meno di un anno, mentre delle altre il 56% esercitava la professione da più di un anno. Quelle dell'Europa dell'est avevano avuto però più clienti per settimana (il 71% oltre 30) delle altre (il 51% oltre 30) e più gravidanze (41% vs 12%). In sostanza sembra che contro la salute delle donne dell'est giochi l'inesperienza professionale e l'ignoranza sessuale che sembra una caratteristica dei paesi d'origine (*Lancet 1998;351:572*).



Il Corriere della Sera continua a sbagliare

Italo Farnetani detta "Il decalogo della buona poppata" alla pag. 8 del *Corriere salute* del 03/02/98. Sembra un po' "sovversivo" il punto otto che recita: "La poppata non deve durare mai più di 4/5 minuti (massimo 10) per parte". È osservazione comune, e comunque è scritto a chiare lettere (*vedi Corso di 18 ore OMS-UNICEF*), che la durata della poppata può variare fisiologicamente di volta in volta; alcuni lattanti, poi, poppano più lentamente di altri. Imporre delle limitazioni di tempo spesso produce come effetto un'insoddisfazione da parte del lattante, al quale potrebbe venire a mancare la "seconda parte del latte", cioè quella più ricca in grassi. Non sarebbe l'ora di smetterla di dare ognuno le proprie regole ed imporre alle madri imposizioni innaturali? A sua volta Agnese Codignola, sempre sul "*Corriere salute*" del 10/03/1998, a pagina 11, riferendo sul progetto Stoccolma 2, che ha dimostrato che il vaccino cellulare è altrettanto efficace del vaccino acellulare, dice che il cellulare "dà parecchi effetti secondari". E non è vero perché non vi è differenza significativa fra il totale degli effetti secondari dei vaccini comparati nello studio.

Figli di sardi e diabete giovanile

I bambini sardi che vivono nelle altre regioni italiane si portano dietro la maggiore probabilità di ammalare di diabete insulinoindipendente che è propria dei sardi. Ciò era stato dimostrato per la prima volta nei bambini sardi che vivevano nel Lazio (*Lancet 1997;349:160*) ed ora per i bambini sardi che vivono in Lombardia (*Lancet 1998;351:264*).

Il Rischio Relativo di ammalare di diabete per un bambino che vive in Lombardia, figlio di due genitori sardi, è di 3.4. L'incidenza di diabete in bambini di due genitori sardi che vivono in Lombardia è di 27/100.000; in bambini con un solo geni-

tore sardo l'incidenza è di 7/100.000. In bambini di due genitori sardi che vivono in Sardegna l'incidenza è di 35/100.000.

Resistenza agli antibiotici e politiche del consumo

Non è vero che sia sempre possibile "tornare indietro" dalla resistenza agli antibiotici. Per potere ridurre la resistenza occorre che la presenza di ceppi "già" resistenti non sia già diventata ubiquitaria in una determinata area (*N.E.J.M. 1997;337:491*) sia comunitaria che nosocomiale. In Finlandia su 39.000 ceppi isolati di Streptococco beta-emolitico di gruppo A la frequenza di resistenze ai macrolidi è aumentata dal 5% del 1989 al 19% nel 1993 ed è poi discesa all'8.6% nel 1996. Il consumo di macrolidi era passato da 1 dose/1.000 abitanti/giorno negli anni 70 a 3 dosi/1.000 abitanti/giorno nel 1988. Nel 1992 l'uso si era ridotto a 1.4 dosi e ciò spiega la successiva (1996) riduzione delle resistenze.

La riduzione del consumo di macrolidi non è stato spontaneo ma dovuto all'emissione di linee guida nazionali (*N.E.J.M. 1997;441:441*).

C'è ancora qualcuno che ci crede?

Non sappiamo se c'è ancora qualcuno che ci crede, ma si continuano a pubblicare informazioni di questo genere:

"Il progetto *Puer* (ricerca svolta nel novembre 1995, promossa dall'Istituto Danone in collaborazione con la Clinica Pediatrica dell'ospedale S. Paolo) è la prima indagine a livello nazionale sull'allattamento al seno". "I dati ottenuti sono rappresentativi di tutte le regioni italiane, a differenza delle indagini fino ad ora effettuate caratterizzate da una esiguità del campione intervistato e rappresentative solo di realtà locali". (*Items news dicembre 1997*).

RUANDA

Massacri e problemi

Centotré bambini che avevano assistito a scene di violenza e di atrocità in Ruanda confrontati con un gruppo di controllo hanno dimostrato di avere sintomi evidenti di quello che noi occidentali chiamiamo "stress post-traumatico".

Il problema è delicato in quanto si applica un derivato diagnostico della cultura occidentale a bambini di altre culture, ed anche perché gli interventi terapeutici che possono essere attuati lo sono per la prima volta, e quindi senza esperienza, in culture africane. Intanto i massacri (*Lancet* 1997;350:1455) non sono finiti: almeno 6.000 civili senz'armi sono stati massacrati fra gennaio ed agosto dall'Armata Patriottica Tutusa. Ma il numero degli uccisi è certamente più grande.

USA

Declino della natalità: la spiegazione biologica

Gli spermatozoi sono *in ribasso* negli ultimi 60 anni. Uno studio del NIH (National Institutes of Health) segnalato sul sito web dell'agenzia americana non sembra avere più dubbi, anche sulle cifre: la caduta di spermatozoi negli USA è (per ml di sperma) dell'1,5% per anno dal 1930. La vecchia Europa naviga in acque ancora più improduttive: la caduta di spermatozoi nei maschi sessualmente attivi è in media del 3% per anno. I ricercatori del NIH suggeriscono che i problemi riproduttivi possono essere imputati alla "esposizione in utero a chemicals". Ci è sembrato di poter notare che tra tutte le forme di apocalisse prospettate da veggenti e scienziati, questa del NIH sia non solo tra le più prossime a realizzarsi (una ulteriore caduta del 3% anno nei prossimi 10 anni equivale a non fare più figli) ma anche una delle più *soft* fin qui immaginate. Nessun film apocalittico era riuscito a immaginare un sistema di autodistruzione così *banale ed efficace*. Un precedente

studio sull'argomento (sempre del NIH) aveva ricevuto feroci critiche metodologiche. Per questo nello studio si sottolinea l'importanza di spostare l'attenzione dalle cifre al perché. In soldoni: il NIH si prepara a chiedere al governo americano un grosso impegno finanziario di ricerca su questo tema.

USA

L'obesità sul Wall Street Journal

La FDA approva un nuovo farmaco contro l'obesità. Era successo per i test diagnostici dell'Epatite C, succede di nuovo questa volta per un nuovo farmaco. L'annuncio ufficiale non è su nessuna rivista medica, ma direttamente sul *Wall Street Journal*: la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato la commercializzazione di un nuovo farmaco contro l'obesità. Sarà prodotto dai laboratori Knoll Pharmaceutical Co, si chiama *sibutramine* e sarà venduto sotto il nome commerciale di *Meridia*. Il farmaco è introdotto nel mercato solo alcuni mesi dopo che due altri farmaci anti-obesità: fenfluramine e dexfenfluramine sono stati ritirati dal commercio per i gravi effetti collaterali cardiaci a carico di un terzo di pazienti che li assumevano. La fetta di mercato (del mercato USA in particolare) che ha dinanzi a sé *Meridia* è pertanto estremamente *appetitosa*. La Sibutramine è un soppressore dell'appetito che agisce innalzando i livelli di serotonina, il neurotrasmettitore che segnala il senso di sazietà ai centri nel cervello.



THE LANCET

In full text su Internet

Gli abbonati a The Lancet possono accedere in full text al sito internet della prestigiosa rivista inglese: (fino all'1 Aprile 1998 - ma forse l'offerta verrà prolungata - il sito è aperto a titolo dimostrativo anche ai non abbonati).

Una volta "provato il collegamento" è difficile rinunciare a questa meraviglia, e così se non avete in programma l'abbonamento, l'unica possibilità è rinunciare a vedere. L'organizzazione del sito è praticamente senza pecche.

In caso di difficoltà a caricare la pagina, il reload risolve tutto in tempi rapidissimi. Anche la leggibilità video è curatissima (perfetta con una risoluzione video di 1024 x 768). Il primo numero in full text offre un bellissimo supplemento dedicato a internet.

Da non perdere in particolare due articoli di questo supplemento:

- The electronic future of scientific articles.

- Peer review on the internet: a better class of conservation.

Anche gli abbonati di Pediatrics dal Luglio 1998 potranno accedere in full text alla loro rivista.

USA

Suicidi a fin di bene (per sé e gli altri)

L'agenzia Associated Press comunica che il dr. Kevorkian, un intraprendente *medico-manager* americano, sta progettando una nuova fase nel suo personalissimo approccio al suicidio medico-assistito. Il suo obiettivo: ricavare organi, disponibili per trapianto, da pazienti suicidi. Sebbene non vengano forniti dettagli sulle procedure del consenso, il dr. Kevorkian (e il suo avvocato) insistono che, indipendentemente dalle modalità, la procedura sarà sicura *dal punto di vista medico*. Una domanda sui *dettagli*: quanto riceverà il suicida per il suo atto umanitario?



GRAN BRETAGNA

Pidocchi sempre in testa

Nel 1991 nel Regno Unito sono state fatte circa 583.000 prescrizioni di lozioni contro i pidocchi. Nel 1996 sono aumentate a 2.161.000. Sono state inoltre segnalate ventitré intossicazioni da malathion (il prodotto più usato contro i pidocchi) di cui diciannove in bambini. Non sembra che la battaglia volga al termine né che le armi siano granché efficaci visto che se ne fa inutilmente un uso crescente, e non senza problemi. Che si debba ritornare a aceto e pettine fitto?

EGITTO

L'Alta Corte contro la mutilazione genitale delle ragazze

L'Alta Corte Egiziana, il 28 dicembre 1997, ha preso una decisione (definitiva? abbiamo qualche dubbio) contro la mutilazione degli organi genitali femminili che viene praticata nelle ragazze al momento della maturazione sessuale. Il Ministro della Sanità, dr. Ismail Sallam, aveva presa una decisione analoga, nel 1996 ed aveva vietato agli ospedali di continuare la pratica.

Il Tribunale amministrativo aveva annullato la decisione di Sallam, su richiesta delle Autorità religiose, perché questa entrava in una sfera religiosa che non era di competenza di un Ministero. Ora la sentenza dell'Alta Corte dovrebbe essere definitiva, ma, in verità le Autorità religiose ora sostengono che sui problemi religiosi e sulla disponibilità del corpo di un cittadino neppure l'Alta Corte ha autorità alcuna.

E che comunque i giudici renderanno conto a Dio di questa infamia. C'è da dire che non tutti gli islamici riconoscono che la pratica ha fondamento religioso; essa, infatti, sembra praticata anche dai Cristiani Copti e probabilmente proviene da tradizione pre-islamiche, probabilmente del tempo dei Faraoni. Oggi dal 70% al

90% delle donne egiziane sono "mutilate", nonostante che la nozione del pericolo connesso alla pratica (emorragie, infezioni, problemi nel corso del parto, incontinenza) sia abbastanza diffuso. In Africa, ogni anno, circa due milioni di donne sono sottoposte alla mutilazione.

USA

"Annals of improbable research"

In USA viene pubblicato un bimestrale dal titolo *Annals of Improbable Research*. La rivista pubblica articoli di falsa ricerca (la legge fisica per cui il panino imburrito cade a terra sempre dalla parte del burro) e ripubblica articoli di ricerca vera, ma di significato improbabile (come la possibilità di generare fulmini in una vasca da bagno pubblicato in originale su *Journal of Geophysical Research*).

Il difficile è differenziare l'articolo vero da quello falso. Ogni anno i redattori della rivista stabiliscono a chi assegnare il premio *IgNobel*, cioè il Nobel alla rovescia.

USA

Primo passo alla FDA del vaccino antirotavirus

L'agenzia Reuter comunica che l'*Advisory Committee* della FDA ha votato all'unanimità per la registrazione del vaccino orale anti-rotavirus che si è dimostrato "safe and effective". Il vaccino si chiama Rotashield ed è della Wyeth-Lederle Vaccines Unit. Può essere somministrato per os ai lattanti a 2, 4, 6 mesi di età.

Il National Institute of Health ed il CDC definiranno le indicazioni cioè a chi il vaccino debba essere somministrato (*si veda in Quaderni acp 1998;1:42*). Il *Committee* della FDA ha definito che il vaccino è efficace più per le forme gravi che per quelle lievi o medie.

Il produttore ha sottoposto alla FDA tre trial clinici randomizzati condotti in Finlandia, in USA. In 1.278 bambini americani il vac-

cino ha prevenuto l'80% delle gravi infezioni, il 68% delle infezioni lievi. In un secondo trial condotto in America la prevenzione è avvenuta per il 66% delle forme severe ed il 70% di quelle molto severe.

Nel trial finlandese, pubblicato su *Lancet* (1997;350:1205), è stata dimostrata un'efficacia nel 91% delle forme gravi e nel 68% di tutte le forme infettive da Rotavirus.

Particolarmente efficace il vaccino nella prevenzione della disidratazione. Il side effect più significativo si è dimostrato essere la febbre nella settimana dopo la prima dose: 30% sopra i 38°C e 1% sopra i 39°C. Non ci sono state interferenze con vaccini antipolio, antipertosse, antitetano, antidifterite, antiemofilo.

La FDA calcola che il Rotavirus causi 300 morti per anno, ed 1 miliardo di dollari di spese dirette ed indirette. Il Rotashield è un vaccino tetravalente *riassortito* consistente in un ceppo di rotavirus animale nel quale sono stati impiantati antigeni VP7 (che producono anticorpi protettivi) di tre sierotipi umani più un sierotipo VP7 di Rhesus che sembra molto stabile. Infatti il problema del vaccino antirotavirus sta nelle variazioni antigeniche del virus, che si compone di sette gruppi (da A a G), che avvengono ogni 2-3 anni e che somigliano a quelle dell'influenza. Ronald Saldarini presidente della casa produttrice non ha voluto parlare di prezzi in un'intervista alla Reuter, ma ha detto che i prezzi potrebbero essere più alti nei paesi industriali per concedere alla produzione di metterli in commercio a prezzi assai più bassi nei paesi in via di sviluppo. Non male come idea!

BANCA MONDIALE

Salviamo dodici milioni di bambini

Richard Feachem, della Banca Mondiale, ha dichiarato che non vi sono metodi altrettanto economici per ridurre la morbilità e la mortalità infantile quanto le vaccinazioni. La dichiarazione è stata fatta in occasione della presentazione dell'iniziativa *Strategic Plan* che si propone di salvare dodici milioni di vite mediante la diffusione delle vaccinazioni.

La copertura vaccinale in Italia

È in corso in queste settimane lo studio ICONA che ha lo scopo di misurare la copertura per i vaccini obbligatori e raccomandati nei primi due anni di vita. Nel nostro paese, i dati sulle coperture vaccinali sono trasmessi al Ministero della Sanità di routine.

I sistemi routinari, tuttavia, non forniscono indicazioni sui fattori che sono stati la causa delle mancate vaccinazioni o di quelle effettuate in ritardo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, raccomanda l'esecuzione di indagini ad hoc di tipo campionario da affiancare ai sistemi di rilevazione di routine.

Nel 1993, l'Istituto Superiore di Sanità eseguì un'indagine del tutto simile in sette regioni italiane e sottolineò il noto divario che esiste tra la copertura per le vaccinazioni obbligatorie e quella per le raccomandate.

Da allora alcuni nuovi vaccini sono stati introdotti in commercio, che spesso sono somministrati al di fuori del servizio pubblico, in particolare i vaccini antipertosse acellulari e quelli contro l'Hib. ICONA ha raccolto l'adesione della maggioranza delle regioni italiane.

Il metodo utilizzato è identico a quello usato nel 1993 e consiste nell'intervista di persona ad un campione di 210 famiglie opportunamente selezionate per ogni regione (cluster sampling). In totale oltre 220 ASL e più di 400 operatori sanitari tra medici e assistenti sanitari lavorano a questo studio. Ci aspettiamo che le interviste vengano completate entro il mese di marzo, e le analisi dei dati entro il mese di maggio-giugno 1998.

I risultati che verranno ottenuti da questo studio ci permetteranno di confrontare i risultati con quelli ottenuti nello studio del 1993.

Molti spunti di riflessione dovrebbero essere sviluppati con i dati che otterremo da questo studio, tra i quali:

- La copertura vaccinale per i vaccini obbligatori si è mantenuta elevata?
- Le aree dove esistevano dei ritardi nell'esecuzione dei vaccini obbligatori sono ancora nella stessa situazione?

- Le motivazioni che causavano i ritardi nelle vaccinazioni obbligatorie nell'indagine precedente sono cambiate?

- La copertura vaccinale per morbillo, parotite, rosolia e pertosse è migliorata?

- Sono cambiate le ragioni per le quali i bambini non ricevono le vaccinazioni raccomandate?

- Qual è stato l'impatto dell'introduzione dei vaccini acellulari sulla copertura vaccinale per la pertosse?

- Quale proporzione di bambini viene vaccinata contro l'Hib?

Ci auguriamo che i risultati ottenuti potranno essere riutilizzati dalle strutture regionali e dalle singole ASL per migliorare la pianificazione delle strategie vaccinali.

Alberto Tozzi

Ringraziamo Tozzi per le notizie che egli cortesemente ci dà, su questo importante studio che ci darà notizie importantissime sulla copertura vaccinale.

Ne ripareremo a dati noti.

Il latte nel supermercato: si può o non si può?

Benché non pediatra sono un lettore della rivista che trovo nel comune ambulatorio del mio collega che invece è un pediatra libero professionista.

Poiché sono di una famiglia di operatori di commercio ho seguito, con interesse, le notizie che sono state date circa la possibilità che il latte per bambini venga posto in commercio, oltre che nelle farmacie, anche nei supermercati.

Ho anche letto che la Società dei pediatri ed il loro sindacato si sono opposti a questa eventualità.

Se io non sono stato male informato questa richiesta della Società di pediatria e del sindacato urta contro la possibilità (che dovrebbe per ora rimanere garantita) che una catena o un singolo supermercato possano approvvigionarsi da un qualsiasi grossista di un latte in polvere, senza l'autorizzazione (di più: senza l'informazione) del produttore, pur rimanendo valide

le norme relative alla pubblicizzazione, anche interna al supermercato stesso, del latte (promozioni, navette ecc.), se ce ne sono. Sempre se io non sono stato male informato questi prodotti non rientrano fra quelli che hanno delle limitazioni di vendita in determinate sedi commerciali (come i tabacchi, i giornali, i farmaci e altro) e pertanto possono essere venduti nei supermercati, a meno di restrizioni di vendita che oggi non pare ci siano. Le richieste di chi chiede che queste restrizioni ci siano, vanno indirizzate perciò non ai produttori che non hanno ruolo, ma a chi controlla il funzionamento degli esercizi commerciali che, fra l'altro, cambieranno profondamente entro un tempo abbastanza breve.

Diverso sembra essere il caso dei produttori che *vogliono* entrare nei supermercati: questi possono promuovere l'ingresso dei loro prodotti affittando scaffali o navette presso catene di supermercati.

Cioè mi sembra che si possa entrare se si vuole o non fare nulla per entrare, ma pare che non si possa impedire che il prodotto venga commercializzato in quelle sedi.

Questo ovviamente, lo ripeto, dal punto di vista unicamente commerciale e indipendentemente dalle conseguenze che la vendita del latte per bambini nei supermercati potrebbe avere o non avere sulla salute dei bambini, problemi sui quali la mia competenza è nulla.

Alberto Carlo Giovagnetti

Ringraziamo il dr. Giovagnetti per la sua lettera, per le delucidazioni che ci fornisce, ed anche per la telefonata che ci ha fatto per dirci che se riteniamo di non pubblicare la lettera egli non se ne adatterà. Le motivazioni per non pubblicare, che ci ha dato, ci sono ben presenti, ma come vede la lettera è qui.

Non possiamo invece tener fede alla promessa che gli abbiamo fatto di dire cosa ne pensiamo.

In verità non possiamo pensarne niente perché siamo completamente a digiuno di problemi commerciali; anzi ce ne teniamo alla larga. Se fra i lettori qualcuno ne sa di più ce lo dica.

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
La misura della Qualità: processo o risultato?
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Una piastrinopenia non da poco
La ricerca di "evidenze" per un bambino con Tic-Tas
- **abc in pratica**
Il frenulo linguale: clinica e terapia
- **Aggiornamento avanzato**
Il trapianto renale nei bambini, oggi in Italia
- **Il punto su**
L'infezione da *Helicobacter pylori*
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Il caso della SIDS

La misura della qualità: processo o risultato?

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 38-39

Giancarlo Biasini

Nel settembre 1996 all'Istituto di Medicina di Washington in una sessione dedicata allo studio della Health Care Quality c'è stato un approfondimento (*A Quality Vision*) tenuto da Robert Brook, professore di *Medicine and Health Services* della Università di California. L'approfondimento era mirato soprattutto alla discussione del rapporto, da lui stesso definito non semplice, fra costi, risorse destinate all'assistenza sanitaria e definizione della qualità dell'assistenza stessa. Il rapporto è pubblicato su *Journal on Quality Improvement* del maggio 1997 a pag. 283 e seguenti. Il titolo è impegnativo: *Measuring the Quality of Health Care: the State of Art*. Le considerazioni di Brook sono riassumibili in nove punti.

1. Sembra oramai dimostrato che la sola manovra economica sugli incentivi (vedi punto ottavo) non è in grado di migliorare la qualità dei servizi offerti. Brook non cita l'esperienza inglese, dalla Thatcher in poi, ma essa lo dimostra chiaramente.
2. Anche la migliore qualità ha dei limiti. Non ci si può aspettare che l'assistenza sanitaria sia in grado da sola, anche se ottima, di abolire le differenze sociali e i risultati sulla salute legati a questa. Questa richiesta di eguaglianza non può perciò essere rivolta principalmente ai SSN.
3. Le differenze nella qualità dei sistemi di cura, o la modifica di sistemi di cura, o l'introduzione di nuovi farmaci non si trasformano obbligatoriamente in una modificazione dei risultati che siano sicuramente misurabili. Questa osservazione, come si vedrà sotto, è legata alla sfiducia di Brook nella misura della Qualità delle cure basata sui soli Risultati invece che sul Processo cioè sul modo di lavorare, sull'esistenza di linee guida.
4. La tendenza a rendere sempre meno semplici i piani assistenziali non tiene conto che la complessità aumenta la difficoltà della loro gestione e che questa maggiore diffi-

coltà, e la maggiore responsabilità gestionale che vi è connessa, influiranno inevitabilmente sulla Qualità. Renderanno, per giunta, meno misurabile la Qualità ed aumenteranno l'incertezza.

5. Le caratteristiche strutturali degli ospedali e delle attrezzature degli ambulatori dei medici correlano poco con i risultati: essi non possono essere utilizzati come misura della qualità. Nel termine "Struttura" occorre includere anche il training del medico e la Certificazione dei requisiti minimi. (Vengono subito alla mente le camere iperbariche dell'Istituto Galeazzi di Milano). Neppure le modalità di remunerazione ed i sistemi di razionamento sono in grado di modificare la qualità, o la modificano così poco da potere ritenere irrilevanti le modifiche. Tutto questo, insieme a quanto detto al punto primo, dovrebbe sconsigliare ottimismo nell'identificazione di rapporti fra "*Economics and Quality*".

6. È vero però il contrario di quanto detto al punto quinto, in quanto non ci sarebbe bisogno di alcun razionamento delle prestazioni sanitarie se si potessero eliminare la cattiva e inappropriata medicina; e si può aggiungere che i metodi per identificarla ci sono e sono attendibili come qualsiasi altro metodo clinico come si dirà al punto seguente.

7. I metodi per il "*Continuous Quality Improvement*" sono noti e le loro basi stanno nell'epidemiologia clinica e nella decision analysis e non - aggiungiamo noi - nella mutazione di strumenti di qualità dall'efficienza industriale all'assistenza.

8. La soluzione del problema Qualità sta nell'agire sul modo di lavorare dei medici e non su fattori economici anche se relativi ai medici stessi. I medici devono essere posti in grado di avere accesso rapido e continuo a precise informazioni cliniche per scegliere il trattamento migliore per ogni loro paziente sostituendo alla loro esperienza i dati della letteratura. Si deve anche avere presente che

la ricerca della Qualità è un continuum e si modifica con i progressi della medicina, pertanto vi devono essere "ricercatori della Qualità" in continuo rapporto con i medici pratici.

Questa ricerca (come tutte le ricerche) e questi ricercatori costano e pertanto la qualità non è a costo zero. D'altra parte questo lavoro non è infinito: infatti se si definissero e fossero accettate 100 linee guida (le linee guida sono, per l'appunto, indicatori di Processo), anche solo per le affezioni più comuni, si coprirebbe il 90% dell'attività quotidiana del medico pratico. Ma si deve tenere conto, però, che la sola informazione non funziona. In quest'area l'informazione funziona se abbinata ad incentivi economici (vedi punto primo) con l'obiettivo di modificare i comportamenti.

9. Per influenzare la qualità un buon metodo è il far lavorare insieme i medici perché ognuno possa imparare dall'alone dell'altro.

A conclusione Brook si è chiesto: le misure che si stanno attualmente proponendo, pur essendo sporadiche e sperimentali, sono meglio di niente? Se si controllano solo un numero limitato di ospedali o di medici o di eventi si rischia di lasciarci sfuggire tutto il male che c'è nel non controllato (falsi negativi), ma da qualche parte si dovrà pure cominciare. Anche sul piano della ricerca.

Concludendo la sessione il moderatore, prof. Chassin del Dipartimento di Health Policy del Mount Sinai Hospital di New York, ha detto che:

- non ci sono dubbi che la Qualità vada misurata e che ciò vada fatto con la precisione scientifica delle altre misure cliniche,

- non sembra che ci siano dubbi che le misure di Struttura correlano poco con la Qualità,

- non sembra ci siano dubbi che alla lunga la ricerca dovrà tendere ad individuare misure di Risultato, al di là delle tradizionali misure di morbilità e di mortalità (comprese la soddisfazione e la vivibilità della vita dell'assistito), ma senza tralasciare la misura del Processo assistenziale perché, attualmente, le misure di Processo sono le "più possibili" e sono dimostratamente legate alla Qualità dell'assistenza. Del resto non è detto che ogni misura di Risultato sia una buona misura di qualità: che validità può avere una misura di risultato quando valuta, ad esempio, la proporzione di malati con tumore polmonare che sviluppano metastasi a sei mesi se, al



momento, non abbiamo possibilità di influire su questa proporzione? O - aggiungiamo noi facendo un esempio più vicino alla nostra cultura - che validità può avere la misurazione dell'andamento dell'OME in relazione ad alcuni farmaci, quando essa è così scarsamente influenzabile dai farmaci?

Chassin ha concluso che perché sia utilizzabile una misura di Risultato questa dev'essere fortemente e dimostratamente legata al Processo assistenziale; a questo punto è possibile controllare e diffondere la misura del Processo come base della misura della Qualità anche perché dimostratamente più facile della misura di Risultato. In questo ambito bisogna investire molto sia sul piano della ricerca che del finanziamento della stessa perché devono essere fatti ancora sostanziali passi in avanti per avere delle certezze in questo campo. ■



CON IL LATTE DI MAMMA Più salute e divezzamento tardivo

Obiettivi È stata studiata la relazione tra alimentazione del lattante nei primi mesi di vita e stato di salute nell'infanzia.

Metodi È stata scelta una coorte di bambini (età media 7.3 anni) di cui si avevano informazioni dettagliate (raccolte prospetticamente) circa l'alimentazione dei primi due anni di vita. Lo studio è stato eseguito a Dundee (Gran Bretagna). Le principali misure di esito, studiate in relazione alla durata dell'alimentazione al seno e all'epoca di introduzione dei cibi solidi, sono state le malattie respiratorie, il peso, l'altezza, il BMI, la percentuale di grasso corporeo e la pressione arteriosa. I dati per le malattie respiratorie si riferiscono a 545 bambini (età media 7.3 anni), per il peso e il BMI a 412, per la composizione corporea a 405, per la pressione arteriosa a 402 (età media 7.2 anni).

Risultati La probabilità di contrarre malattie respiratorie in bambini che avevano ricevuto latte materno esclusivo per almeno 15 settimane è stata ritrovata significativamente più bassa: 17% vs 31% per gli allattati con formula e latte materno, vs 32.2% per gli allattati con formula. L'introduzione di cibi solidi prima delle 15 settimane è stata trovata associata con un'aumentata probabilità di wheezing (21% vs 9.7%), di percentuale di grasso corporeo (18.5% vs 16.5%) e peso (0.02 DS vs 0.09 DS). La pressione sistolica era significativamente più alta negli allattati con formula (94.2 mm Hg vs 90.7 mmHg).

Conclusioni Le linee guida nel Regno Unito raccomandano che i lat-

tanti vengano allattati esclusivamente al seno per i primi 4 mesi di vita e solo dopo si consiglia l'introduzione dei solidi. Questo studio sembra confermare la validità di tali raccomandazioni anche per gli esiti a distanza sui parametri di salute considerati.

Commento Lo studio è l'ultimo di una serie sempre più numerosa di lavori che evidenziano i benefici a breve, medio e lungo termine dell'allattamento materno e i potenziali danni che possono essere causati dall'introduzione precoce degli alimenti solidi.

L'aspetto più criticabile della ricerca potrebbe essere la modalità di rilevazione dei problemi respiratori, che venivano registrati in base al ricordo della madre in bambini che avevano un'età media di 7.3 anni.

Sarebbero auspicabili ulteriori studi epidemiologici (di coorte, eventualmente storici) per suffragare questi dati. Il setting ideale per tali ricerche potrebbe essere la pediatria di base.

A.C. Wilson Relation of infant diet to childhood health: seven year follow-up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *B.M.J.* 1998;316:21

Parole chiave: Allattamento, Prevenzione, Svezamento

short

Un altro schema terapeutico per l'Helicobacter

Ventidue bambini con infezione da h.p. sono stati trattati per una settimana con bismuto + metronidazolo + claritromicina ai dosaggi classici. In tutti la diagnosi era stata fatta mediante coltura dopo endoscopia. Dopo un mese dalla sospensione del trattamento è stato praticato il breath test e 21/22 bambini risultarono guariti e solo due presentarono vomito e diarrea come effetti collaterali. Gli AA concludono che l'infezione da h.p. nel bambino può essere bene eradicata con una sola settimana di terapia con i tre farmaci. È un altro sche-

ma terapeutico che viene proposto e che si aggiunge a quelli classici di amoxicillina + tinidazolo per 14 giorni e in caso di insuccesso amoxicillina + claritromicina + omeprazolo sempre per 14 giorni. Si aspettano altre conferme.

D. Walsh et al. One week treatment for helicobacter pylori infection. *Arch. Dis. Child.* 1997;76:352

Parole chiave: Helicobacter pylori

NON SI RISPARMIA con la dimissione neonatale precoce

Obiettivi Valutare le tendenze di variazione della durata delle degenze ospedaliere, i costi ospedalieri e le percentuali di riammissione dei neonati del Wisconsin dal 1989 al 1994 alla luce delle recenti politiche di gestione dei neonati che attuano dimissioni più precoci dopo il parto.

Metodi Studio descrittivo. La principale fonte di dati è stato il registro delle dimissioni dei pazienti ospedalieri dal 1989 al 1994 dell'Office of Health Care Information del Wisconsin. Sono state calcolate le durate medie dei ricoveri e i costi medi (parto e riammissione). Sono state stimate le percentuali di riammissione dei neonati a termine. Per i prematuri sono stati calcolati durate e costi medi delle degenze post partum.

Risultati Dal 1989 al 1994 nei dati di accettazione del Wisconsin sono stati registrati 368.955 neonati a termine e 26.668 prematuri. Il numero totale delle nascite e la proporzione di neonati prematuri sono rimasti relativamente costanti in questo periodo. Tra i neonati a termine la quota definita "patologica" (neonati a termine con codice ICD di dimissione di "neonato patologico", "neonato a termine con patologie maggiori" o "neonato con altri pro-

blemi significativi") cambia nettamente a partire dal 1993: nel 1989 viene definito patologico il 19.5% dei neonati, nel 1994 la quota è più che raddoppiata e raggiunge il 43% con una differenza assoluta del 23.5%. Durante il periodo dello studio sono diminuiti i tempi medi di degenza post-partum per i neonati a termine, sia sani che patologici. La durata media della degenza per un neonato a termine è diminuita del 29%, da 2,4 giorni nel 1989 a 1,7 giorni nel 1994, e la degenza media per i neonati a termine patologici è diminuita del 36%, da 3,3 giorni nel 1989 a 2,1 giorni nel 1994. La durata media della degenza di un neonato prematuro è aumentata del 24% nello stesso periodo, da 11,4 giorni nel 1989 a 14,1 giorni nel 1994. La maggior parte di questo aumento risale al periodo compreso tra il 1989 e il 1991; la durata della degenza dei prematuri è rimasta relativamente costante tra il 1991 e il 1994. La quota di riammissioni in ospedale (dopo la prima dimissione) nel primo mese di vita per i neonati a termine è marcatamente diminuita durante i primi anni dello studio, assestandosi a un livello di 3,4-3,5 per 100 neonati nel 1992-1994. La diminuzione delle riammissioni neonatali è stata per la maggior parte dovuta alla riduzione dell'83% nelle riammissioni per ittero tra il 1989 e il 1994. I costi ospedalieri medi totali (costi del parto e delle riammissioni) per i neonati a termine sono cresciuti da 834 dollari nel 1989 a 1.128 dollari nel 1994. Questo incremento del 35% è risultato approssimativamente equivalente a quello atteso sulla base dell'indice dei prezzi di consumo per l'assistenza medica nello stesso periodo. Le nascite di neonati prematuri (rappresentanti meno del 7% delle nascite totali) hanno avuto un peso pari al 48%-54% dei costi totali dei parti ospedalieri. I costi medi ospedalieri per i parti di prematuri sono cresciuti del 214%, da 7.903 dollari nel 1989 a 16.973 dollari nel 1994.

Conclusioni Le raccolte dati degli ospedali riguardanti le dimissioni contenevano solo limitati particolari clinici dei bambini; come principali esiti è stato possibile misurare i costi e le quote di riammissione in ospedale. Il fatto che la proporzione dei neonati a termine definiti patologici sia

raddoppiata negli stessi anni (1993-94) in cui sono state introdotte le politiche di dimissione precoce suggerisce,

- che i medici stiano rispondendo a queste politiche classificando più neonati come patologici per giustificare una degenza più lunga,

- che gli ospedali stiano classificando come patologici questi neonati per ottenere dalle assicurazioni il rimborso delle spese sostenute.

I risultati mostrano che l'applicazione delle politiche suddette non si è associata a un aumento delle quote di riammissione in ospedale dei nati a termine. I costi dell'ospedalizzazione per il parto di neonati prematuri hanno superato di molto l'incremento atteso. Una spiegazione per questo aumento può essere trovata nell'introduzione della terapia con surfattante per la sindrome da distress respiratorio e nell'abbassamento del limite di sopravvivenza a 23-24 settimane di età gestazionale con richiesta di una assistenza più intensiva e prolungata. Queste analisi suggeriscono che gli attuali sforzi per controllare i costi dell'assistenza neonatale con la riduzione della durata della degenza dopo il parto hanno avuto finora uno scarso impatto. Maggiore successo potrebbero avere programmi finalizzati a ridurre le nascite premature.

Commento

Il dibattito sulla dimissione neonatale precoce in Italia ha avuto come obiettivo sia la riduzione dei costi che l'ottimizzazione dell'assistenza. La dimissione precoce ha avuto anche una ricaduta sulla pediatria di base per la necessità di una presa in carico contestuale alla dimissione. Gli autori di questo lavoro affermano che "per valutare gli effetti della politica di dimissione precoce su importanti esiti, quali la salute infantile e la soddisfazione materna, saranno necessari ulteriori studi". L'analisi dei costi tuttavia non prova che la dimissione precoce sia stata una strada efficace.

A.M. Marbella et al. Neonatal hospital lengths of stay, readmissions and charges. *Pediatrics* 1998;101:32

Parole chiave: Costi, Dimissione precoce

I NORVEGESI

Mica tanto bravi con le medicine

Obiettivi L'obiettivo è di trarre informazioni sui farmaci prescritti in Norvegia ai bambini (0-12 anni) in relazione ad età, sesso, diagnosi, tipo di visita e patologia.

Metodi Il lavoro è stato condotto nel 1988/89, per un anno, nella contea di More & Romsdal dove c'è un registro con segnalazione delle motivazioni delle visite e dei farmaci prescritti, anche indirettamente al telefono o per interposta persona. La ricerca è condotta solo sui medici generalisti (156 con una partecipazione di 149) e non sulla medicina di comunità o sugli specialisti.

Risultati Le prescrizioni generali sono state 74.079 in 90.458 contatti. Di questi: 9.720 contatti e 7.062 prescrizioni hanno interessato i bambini. La ricerca, per motivi di purezza di dati, è condotta su 5.522 prescrizioni. La media dei farmaci per prescrizione è stata di 1.2 con una prescrizione nel 75% delle visite senza differenza fra maschi e femmine.

Da 0 a 1 anno però le prescrizioni sono state maggiori per i maschi (82% vs 73%), mentre nell'età scolare il rapporto si è invertito (77% vs 74%). Il 70% delle prescrizioni è stato effettuato durante una visita, il resto per via indiretta.

Le sostanze prescritte sono state 245 "generiche"; ciò rappresenta il 33% di tutte le prescrizioni. Un terzo dei farmaci era per l'apparato respiratorio, un terzo era anti-infettivo. Otite, bronchite e bronchiolite rappresentano il 37% delle diagnosi per i maschi ed il 32% per le femmine.

La Penicillina V è stato l'antibiotico più prescritto per le infezioni respiratorie, ma l'eritromicina lo è stato per la polmonite, il cotrimossazolo (64.5%) per le IVU. Nel dettaglio: nella tonsillite 65% Penicillina, 24% eritromicina, nella Polmonite 52%

eritromicina 27% penicillina, 13% tetracicline, nell'otite 54% penicillina, 30% eritromicina, nella bronchiolite 71% eritromicina, 21% penicillina.

Conclusioni L'interpretazione dei dati è complicata dal fatto che non vi erano criteri espliciti per la diagnosi. Viene confermato che i lattanti maschi si ammalano più delle femmine. L'uso così largo dell'eritromicina (secondo gli aa dovrebbe essere riservato ad allergia alla penicillina e alle infezioni da mycoplasma) deriva forse da una sopravvalutazione delle infezioni da mycoplasma, mentre l'uso delle tetracicline nella polmonite rappresenta certamente un cattivo uso. L'uso quasi generalizzato dell'antibiotico nell'otite (risolve spontaneamente in 8/10 casi) e nella bronchiolite contrasta con le raccomandazioni di limitare l'antibiosi e riflette la paura del medico di fallire l'intervento e la pressione dei genitori. Spesso la diagnosi nominale (tonsillite invece che infezione delle vie aeree superiori, quando esista anche una partecipazione del naso o degli occhi all'infezione) può influenzare il trattamento. La mancanza di criteri espliciti può avere favorito questa misinterpretazione dei dati. Dato fortemente positivo è la limitazione del numero dei farmaci usati.

Commento

I dati sono relativi a prescrizioni del 1988/89 e quindi non rivelano la ripercussione della messa in commercio di numerose cefalosporine (prescritte nel 1988/89 nello 0.32%). Quello che è stupefacente è il limitato uso dell'ampicillina (1.8% delle prescrizioni con un rapporto 1:23 con la PenicillinaV!) ed il larghissimo uso dell'eritromicina sul quale già si intrattengono i commenti degli aa.

J. Straand et al. Drug prescribing for children in general practice. *Acta Paediatr.* 1998;87:218

Parole chiave: Antibiotici, Prescrizioni, Farmaci respiratori

STEROIDI E CRESCITA

Mordi e fuggi

Obiettivi Dimostrare l'ipotesi che l'effetto soppressivo sulla crescita della inalazione regolare di steroidi non è lineare e che il massimo effetto si verifica nelle fasi iniziali del trattamento.

Metodi Studio randomizzato, in doppio cieco, con controllo in placebo, sull'efficacia di 200 microgrammi di Beclometasone due volte al giorno come terapia dell'asma associato ad infezioni virali. La durata della terapia fu di 7 mesi e fu preceduta e seguita da un periodo di osservazione rispettivamente di 6 settimane e 4 mesi. I ragazzi, tutti in fase prepuberale, durante il periodo di terapia venivano misurati almeno una volta al mese.

Risultati Per 50 ragazzi su 52 si ebbero misure utilizzabili. La crescita durante la terapia fu significativamente ridotta nel periodo 0-6 settimane. La crescita risultò ridotta anche durante il periodo 7-18 settimane, ma non in misura significativa. Nel periodo 19-30 settimane la crescita fu del tutto simile a quella del periodo senza terapia

Conclusioni Viene confermato un effetto soppressivo della crescita da parte degli steroidi inalatori, ma questo si manifesta soltanto durante il periodo delle prime 18 settimane di terapia, con un massimo del 50% durante le prime 6 settimane. Successivamente la velocità di crescita mostra di riprendere il ritmo normale.

Commento Potremmo dire: un colpo al cerchio e uno alla botte.

Non è vero che gli steroidi inalatori non fanno male, ma è pur tuttavia un male limitato nel tempo e, dobbiamo dire, inevitabile perché, se l'uso degli steroidi nell'asma è eminentemente preventivo, una terapia non potrà certo durare meno delle

6 settimane indicate nel lavoro come quelle più critiche per la crescita. D'altra parte il fatto di non dover più temere conseguenze apprezzabili dopo tale periodo ci mette tranquilli nel caso di terapie anche molto prolungate come quelle sperimentate dagli autori.

I.F.M. Doull Duration of growth suppressive effects of regular inhaled corticosteroids. *Arch. Dis. Child* 1998;78:172

Parole chiave: Asma bronchiale, Steroidi, Crescita

SCREENING UDITO

Quanto mi costi?

Obiettivi Determinare il costo dello screening dell'udito effettuato nel primo anno di vita. Gli screening studiati furono: neonatale mirato ai soggetti a rischio (SNM), neonatale universale (SNU), Boel test (BT) a 7 mesi, sorveglianza con questionario ai genitori.

Metodi Furono selezionati dieci centri in Inghilterra e Galles che praticassero gli screening in studio e che potessero fornire dati affidabili per una valutazione. I costi di ogni screening includono anche il follow-up. Lo SNM e lo SNU venivano effettuati pressoché esclusivamente con le emissioni otoacustiche (EOA) e i potenziali evocati del tronco (ABR).

Risultati I costi degli screening neonatali erano simili fra i centri indagati, mentre

quelli del BT variavano considerevolmente. Il costo medio valutato per 1.000 nati era 5.052 sterline per lo SNM, 13.881 per lo SNU, 24.519 per il BT. I risultati vengono considerati affidabili anche per la loro somiglianza con i dati del programma di screening con le EOA realizzato nel Rhode Island negli USA dove, ai prezzi del 1993, il costo era di 20 dollari a bambino, pari a circa 13 sterline.

Conclusioni Il costo dello SNM è relativamente basso anche se, essendo stato evidenziato che diversi neonati a rischio sfuggono allo screening, con il miglioramento dell'efficienza i costi dovrebbero aumentare discretamente. Lo SNM rappresenta comunque un modo poco dispendioso per migliorare l'età di identificazione per una parte delle sordità congenite. Lo SNU non sembra poi così dispendioso, soprattutto se paragonato con il BT e, considerata la migliore efficacia dello SNU nella diagnosi, il miglior approccio da un punto di vista del costo/efficienza sembra essere utilizzare lo SNU con un sistema diverso dal BT per l'identificazione delle sordità permanenti tardive.

Commento Che dire? La materia è in movimento. C'è da dire che anche da noi in parecchi centri si sta sperimentando lo SNU. O meglio, si sta facendo e basta. Lungi da noi perdersi in così prosaiche materie come fare quattro conti. Roba da pezzenti. I britannici come al solito stanno lavorando per noi, sempre che poi noi si sia così furbi da leggere e utilizzare concretamente il loro lavoro.

J.C. Stevens The costs of early hearing screening in England and Wales. *Arch. Dis. Child* 1998;78:14

Parole chiave: Screening udito, Boel test, Emissioni otoacustiche



ABUSO

Prevenire è possibile

Obiettivi Verificare se un programma globale di visite domiciliari prenatali e nella prima infanzia effettuate da infermiere abbia avuto effetti benefici per la madre e il bambino fino al quindicesimo compleanno.

Metodi Lo studio randomizzato con quattro gruppi è stato condotto in un'area semirurale dello stato di New York. Quattrocento donne senza figli, con meno di 25 settimane di gravidanza e almeno un fattore di rischio (<19 anni, nubile, basso livello socioeconomico) furono stratificate per stato maritale, razza e provenienza geografica, e randomizzate per quattro tipi di intervento:

- 1) screening sensoriale e psicomotorio a dodici e ventiquattro mesi ed eventuale consulenza specialistica;
- 2) intervento 1 più trasporto gratuito alle visite prenatali e pediatriche fino ai due anni di vita;
- 3) intervento 2 più una visita domiciliare durante la gravidanza;

4) intervento 3 più una visita domiciliare prima del secondo compleanno.

Dopo 15 anni è stata fatta una valutazione delle madri e dei bambini per mezzo di una intervista alla madre, un esame delle cartelle cliniche e sociali dei bambini, e una ricerca su eventuali arresti e condanne della madre.

Risultati Si ebbero risposte da 324 donne (81%). Le donne nubili e di basso livello socioeconomico del gruppo 4 (con visite domiciliari) rispetto ai gruppi 1 e 2 (senza visite domiciliari) ebbero meno gravidanze, maggiori intervalli tra il primo e il secondo nato, meno problemi con alcol e droga, meno arresti e giorni di prigione, minori denunce per abuso e trascuratezza durante i 15 anni dello studio.

Conclusioni Un programma che comprenda visite domiciliari di una infermiera in gravidanza e nei primi due anni di vita dei bambini può ridurre significativamente il numero di successive gravidanze, problemi con la giustizia e casi di abuso e trascuratezza nei 15 anni successivi alla nascita dei bambini.

Commento È sorprendente come un intervento apparentemente così limitato come quello descritto possa far sentire i suoi effetti a così tanta distanza di tempo. Il dubbio è sostenuto anche dal fatto che altri lavori simili non hanno riportato risultati sovrapponibili e sono quindi necessarie conferme da ottenere ciascuno

nella propria realtà. In Italia spesso molto si fa, ma poco o nulla si misura. I progetti di ispirazione ACP avviati in diverse città Italiane potranno forse darci qualche certezza in più e modelli da copiare? Lo speriamo ardentemente.

D.L. Olds Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637

Parole chiave: Abuso, Prevenzione

short Sids e caffeina

Gli autori riportano per la prima volta in letteratura una relazione tra SIDS e assunzione di caffeina in gravidanza. Lo studio è caso controllo e ha coinvolto i genitori di 393 vittime della SIDS e di 1.592 controlli in Nuova Zelanda. L'assunzione di caffeina fu misurata chiedendo quante tazze di caffè (100 mgr per tazza) o tè (40 mgr) o coca-cola (40 mgr) erano state assunte ogni giorno o ogni settimana durante il primo e il terzo trimestre di gravidanza. I bambini le cui madri erano stati forti consumatrici di caffeina in gravidanza, cioè 400 o più mgr al giorno, avevano un rischio significativamente più elevato di SIDS (OR 1.65; IC 95% 1.15-2.35). Considerando che l'assunzione di caffeina è un comportamento modificabile gli autori ritengono possibile ottenere un'ulteriore riduzione dell'incidenza della SIDS. Trattandosi della prima segnalazione e dato il non elevato valore dell'OR gli autori avvertono che prima di lanciarsi in una campagna preventiva anti-caffeina sarà opportuno aspettare ulteriori conferme.

R.P.K. Ford Heavy caffeine intake in pregnancy and sudden infant death syndrome. *Arch. Dis. Child* 1998;78:9

Parole chiave: SIDS, Caffeina



Una piastrinopenia non da poco

Giuseppe Primavera

Pediatra di famiglia, ACP Palermo

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 44-45

Abstract

A severe purpura

An 8-year old girl with severe purpura (3000 platelets/vml) and haematuria due to infectious mononucleosis is described. The girl underwent a bone marrow examination and was treated with steroids. The guidelines for idiopathic thrombocytopenic purpura are reviewed.

Keywords: *Idiopathic thrombocytopenic purpura, infectious mononucleosis*

La storia

G. è una bambina di otto anni che si sveglia un giorno di festa con delle "strane macchiette rosse" e una emorragia sottomucosa al palato duro. La mamma la conduce direttamente in ospedale, dove viene ricoverata in ematologia.

Questi i valori più significativi all'ingresso: GR 4.280.000, Hb 12,5 g/dl, GB 7.350 (N 1.240/mm³), PLT 3.000, GOT 120, GPT 140.

Avevo visto la bambina appena una settimana prima per una faringotonsillite; avevo richiesto il tampone faringeo e nell'attesa avevo prescritto amoxicillina, sospesa dopo due giorni quando il tampone era risultato negativo. La febbre era continuata per altri due giorni dopo la sospensione dell'antibiotico, durante i quali la mamma aveva somministrato di propria iniziativa Ketoprofene, poi la bambina era guarita. Nella storia remota personale e familiare non c'è niente di significativo.

Il decorso

Di notte G. presenta macroematuria, le piastrine sono 6.000. L'indomani viene eseguito l'esame del midollo tramite agoaspirato, che rivela normali serie granulocitaria ed eritrocitaria e un normale numero di megacariociti, bloccati nella loro maturazione. Viene iniziata la terapia con IVIG (400 mg/kg/die per 5 giorni).

Al termine del ciclo le piastrine oscillano ancora tra 5 e 10.000, ma la bimba non ha più presentato emorragie.

Si chiarisce intanto l'etiologia della malattia, che in un primo tempo era stata attribuita al Ketoprofene: sono presenti VCA-IgM anti EBV.

Due giorni dopo la situazione è invariata, viene deciso l'inizio della terapia steroidea

(metilprednisolone alla dose di 4 mg/Kg/die). Dopo tre giorni dall'inizio del cortisone (nono dall'esordio) le piastrine cominciano a risalire e alla dimissione sono già 235.000. Dopo i primi sette giorni il dosaggio viene ridotto a 2 mg/kg/die e tale viene mantenuto per altre tre settimane.

La diagnosi

Si tratta di una porpora trombocitopenica idiopatica (PTI) dopo una mononucleosi infettiva manifestatasi dopo circa dieci giorni dall'inizio dell'angina febbrile. La diagnosi, sospettata sulla base delle manifestazioni emorragiche cutanee (micropetecchie diffuse) e mucose (macroematuria), è stata confermata dalla conta delle piastrine (6000/mm³). La patogenesi è stata chiarita dal risultato della citologia midollare che ha mostrato una normale rappresentazione delle tre serie con presenza di megacariociti che non apparivano mai in piastrinopiesi terminale. L'etiologia è da attribuire all'EBV, come suggerito dall'angina essudativa febbrile durata dieci giorni, dalla modesta ipertransaminasiemia, ma soprattutto, dalla presenza di VCA-IgM.

Commento

La PTI è una malattia poco comune (3 casi/100.000 bambini <16 anni), clinicamente lieve, autolimitante e con un decorso favorevole nell'83% dei casi qualunque sia il tipo di trattamento. Esistono delle linee guida per la terapia delle PTI in pediatria, pubblicate in UK nel 1992 (1) e linee guida per adulti e bambini pubblicate in USA nel 1996 (2).

I punti più importanti (anche perché sono quelli più spesso disattesi) riguardano l'esame del midollo, l'ospedalizzazione e il tipo di trattamento.

1. L'esame del midollo dovrebbe essere

riservato ai pazienti con manifestazioni atipiche, come neutropenia, splenomegalia e mancata risposta alla terapia dopo sei mesi dall'inizio. Le linee-guida inglesi lo raccomandano anche quando si decida di iniziare la terapia steroidea ma in un recente studio retrospettivo di Bolton-Maggs (3) su 427 casi il 60% non aveva praticato l'esame del midollo, eppure 1/3 di essi avevano ricevuto steroidi.

2. L'ospedalizzazione è più frequente in UK, mentre in USA è riservata ai pazienti che devono ricevere trasfusioni di GR o PLT o IVIG. 3. L'area di maggiore discrepanza tra le linee guida e la pratica clinica è quella della terapia. Premesso che non c'è una buona correlazione tra conta piastrinica e sanguinamenti spontanei, dallo studio citato per ultimo risulta che il 76% dei casi era clinicamente benigno, eppure il 60% ricevette un trattamento.

In Inghilterra il farmaco di prima scelta è il cortisone, mentre in USA sono le IVIG. Questo caso si è dimostrato abbastanza grave da meritare il trattamento, non tanto per il basso numero di piastrine all'esordio quanto per la macroematuria che evoca lo spauracchio dell'emorragia cerebrale, evenienza veramente rara in tutte le casistiche (circa 1/1.000) ma temibile, specie nelle prime fasi della malattia. Era quindi indicata o la terapia steroidea alle dosi convenzionali (2 mg/kg/die per 2-4 settimane), oppure la terapia con IVIG. L'esame del midollo è stato eseguito sulla base delle indicazioni inglesi; anche se è vero che la terapia con cortisone o IVIG non modifica la durata o la prognosi a lungo termine della PTI, la conta piastrinica aumenta più rapidamente nei pazienti trattati. Avendo deciso di praticare la terapia steroidea è stato prudente praticare l'agobiopsia midollare per escludere la possibilità dell'invasione midollare da parte di cellule leucemiche; ma va anche detto che un esame dello striscio periferico con presenza di poichilocitosi, policromatofilia, macrociti e cellule nucleate della serie rossa, leucocitosi o leucopenia, elementi linfoidei "dubbi" possono secondo alcuni essere sufficienti allo scopo (4); e va ancora detto che la natura postinfettiva dimostrata avrebbe di per sé potuto escludere la natura leucemica della piastrinopenia.

Che cosa abbiamo imparato

Ci è ora più chiaro:

- che la mononucleosi può essere causa scatenante di una piastrinopenia autoimmune, come altre malattie virali (rosolia, morbillo, ecc.),

- che nelle piastrinopenie, affezione nella quale non c'è un dato di laboratorio sufficientemente attendibile per scegliere chi trattare e chi non trattare, le linee guida esistenti non sono concordanti (4),

- che l'ospedalizzazione dev'essere riservata ai casi con emorragie più gravi e non solo con petecchie cutanee o a quei bambini i cui genitori non diano sufficienti garanzie nel gestire il bambino avendo cura di proteggerlo da traumi che possono essere causa di emorragie cerebrali (4) che sono comunque rare (1/1.000);

- che uno dei dilemmi da sciogliere di fronte a un bambino con grave piastrinopenia è se praticare o meno un ago aspirato midollare (esame dalla non trascurabile invasività).

Secondo la linea più prudente un'anamnesi suggestiva per pregressa infezione virale, l'assenza di adeno e splenomegalia e la normalità del quadro ematologico periferico devono indurre a non praticare la biopsia midollare,

- che la presenza di emorragie retiniche deve costituire un'indicazione al trattamento,

- che il trattamento con immunoglobuline e.v. ad alte dosi (secondo gli americani 2g/kg per 2-5 giorni) dà una rapida salita delle piastrine che però ridiscendono altrettanto rapidamente a livelli molto bassi e che quindi vanno riservate ai casi con importanti emorragie mucose in atto.

Bibliografia

- 1) O.B. Eden, J.S. Lilleyman, Guidelines for management of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Arch. Dis. Child.* 1992;67:1056-58
- 2) J.N. George, S.H. Woolf, G.E. Raskob et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura: a practice guideline developed by explicit methods for the American Society of Hematology. *Blood* 1996;88:3-40
- 3) P.H.B. Bolton-Maggs, I Moon Assessment of UK practice for management of acute childhood idiopathic thrombocytopenic purpura again published guidelines. *Lancet* 1997;350:620-23
- 4) M. Jankovic, S. Ronzoni, Tshumperlin, A. Biondi, La PTI immunologica in età pediatrica: ancora domande e poche certezze. *Prosp. Ped.* 1997;27:327-32

Lo screening della celiachia: dubbi e certezze

Vicenza, 28 Novembre 1998

Alfa Hotel

1ª sessione

Moderatori: F. Zacchello, L. Zancan

9.00 La celiachia "dentro e fuori l'intestino"
A. Ventura

9.30 La celiachia nel Veneto G. Guariso

10.00 Dalla teoria alla pratica:

l'esperienza dell'ARP Vicenza

F. Andreotti, A. Baggiani

2ª sessione

Moderatori: G. Mastella, F. Panizon

11.00 Tavola rotonda:

Lo screening della celiachia

Screening e celiachia G. Magazzù

Screening e celiachia: le ragioni del medico dell'adulto C. Ciacci

Costi-benefici dello screening della celiachia e scelta del metodo L. Greco

13.00 Colazione di lavoro

Sessione pomeridiana

Moderatore: M.G. Santangelo

14.00 Le conclusioni di G. Mastella e F. Panizon

14.30 Per un rinnovato ruolo delle Associazioni celiaci e spunti operativi F. Donzelli,

L. Greco, G. Torre, A. Pardi,

Segreteria scientifica:

A. Ventura, E. Benetti, R. Salvadori, F. Fusco (fuscosam@primopiano.it)

Segreteria organizzativa:

SYNTHESIS s.c.r.l.,

via Genova 12 Mestre (VE)

Tel. e fax 041/5311460;

E-mail syntesis@tin.it

Quota d'iscrizione: Lit. 150.000

Modalità di pagamento:

quota d'iscrizione e prenotazione alberghiera pagabili a SYNTHESIS s.c.r.l. o direttamente in sede congressuale.

Il frenulo linguale: clinica e terapia

S. Fabro, L. Strohmer, A. Malerba

Istituto di Scienze Biomediche "S. Paolo", Università degli studi di Milano

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 46-47

Abstract

Hypertrophic lingual frenum: diagnosis and treatment

Hypertrophy of lingual frenum may interfere with free protrusion of the tongue. Anomalies of labial frenum are classified according to the severity of ankyloglossia and to the length of frenum. Surgery is usually not indicated before 6 years since spontaneous atrophy of the frenum frequently occurs. Earlier intervention may be necessary only if language development is hampered.

Keywords: Labial frenum (tongue-tie), Ankyloglossia

Le anomalie del frenulo linguale

Da un punto di vista anatomico il frenulo linguale rappresenta una plica fibro-mucosa che collega la superficie ventrale della lingua con il pavimento del cavo orale.

La presenza di un frenulo linguale ipertrofico può essere responsabile della scarsa mobilità della lingua.(1, 2, 3). Le anomalie del frenulo linguale possono essere classificate in gradi differenti di gravità, passando da una forma più rara in cui il rafe linguale è completamente fissato al pavimento della bocca a forme più lievi in cui la mobilità della lingua è solo parzialmente ridotta (4-5).

La brevità del frenulo causa una riduzione del movimento linguale o anchiloglossia ed è classificata distinguendo quattro gradi:

- Grado F3: Il frenulo va dal margine alveolare della mandibola al rafe mediano della lingua.
- Grado F2: Il frenulo va dalla caruncola sottolinguale a metà della distanza tra il piano delle labbra ed il piano della lingua.
- Grado F1: Il frenulo va dalla caruncola sottolinguale alla porzione più bassa della lingua.
- Grado F0: Non si osserva presenza di frenulo.

Criteri di diagnosi

La diagnosi di anchiloglossia (riduzione del movimento linguale) può essere formulata sulla base dei seguenti criteri:

- Impossibilità di toccare il palato colla punta della lingua a bocca aperta.
- Bifidità meccanica della lingua o presenza di un solco mediano in protrusione.
- Spazio sublinguale ridotto.
- Curvatura della parte intermedia della lingua che impedisce la fuoriuscita della lingua dal cavo orale.

Età: una eventuale valutazione specialistica ai fini dell'intervento chirurgico è indicata dopo i sei anni di età, in quanto fino a questa

età sono presenti fenomeni regressivi spontanei che portano alla sua atrofia. Una valutazione più precoce può essere richiesta ove esistano gravi alterazioni nella comunicazione verbale (6-7).

Conclusioni

Esistono pareri discordi e diverse teorie poiché, fino ad oggi non sono state trovate convergenze sul significato morfogenetico della lingua nella possibilità di provocare una crescita armonica dei mascellari. Mass, Biourge, Sturk e Petrovic hanno formulato una teoria funzionale che considera la lingua un "organo conformatore" in grado di determinare patologie gravi come malocclusioni o malformazioni dei tessuti osteo-mucosi del cavo orale. Invece secondo altri autori, (Angle, Scott e Proffit), la lingua riveste scarsa importanza nell'insorgenza di malformazioni dento-alveolari.(8-9-10). Le prime teorie hanno giustificato in passato la tendenza ad eseguire degli interventi di frenulectomia linguale in età precocissima, sostenendo che la brevità del frenulo può provocare gravi disordini occlusali come: linguoversione degli incisivi inferiori (spostamento verso la lingua degli incisivi), diastemi interincisivi (spazio tra i due incisivi centrali), beanze anteriori (impossibilità di chiudere completamente la bocca) rotazioni dentali (movimenti dei denti sul proprio asse). Una indagine epidemiologica è stata svolta in Italia nel 1989 su un campione di 1.100 soggetti d'età di otto anni: sono stati riscontrati 78 casi di bambini con brevità del frenulo.

La prevalenza di malformazioni dentali, ossee e parodontali associate non è risultata significativa, confermando che non esiste una stretta causalità tra frenulo linguale e le patologie sopra menzionate. Inoltre recenti indagini epidemiologiche hanno escluso possibili correlazioni fra ipertrofia del frenulo labiale e processi patologici a carico dei tes-

suti gengivali od ossei (8). La conclusione è dunque che:

1) Non esistono indicazioni strette per l'intervento di frenulectomia linguale in età precoce salvo nei rarissimi casi in cui il rafe linguale è completamente fuso al pavimento orale (Grado F3).

2) Nella valutazione dell'anomalia è meglio aspettare prudentemente l'età compresa tra 8 e 10 anni in cui si possono manifestare anomalie dento-alveolari da trattare ortodonticamente. A quest'età l'intervento può essere eseguito in anestesia locale ambulatoriamente.

3) Qualora i piccoli pazienti risultassero affetti da rilevanti difetti di linguaggio, su indicazione del logopedista può essere proposto un intervento in età prescolare (4-5 anni), nella quale tuttavia la frenulectomia richiede inevitabilmente un'anestesia generale. ■

Bibliografia

1. A. Beltrame, G.A. Favero, Anchiloglossia in pedodonzia. *Stomat. e Ortognat.* 1989;8:9
2. F.I. Catlin, Tongue tie. *Arch. Otolaryngol.* 1071;94:548-57
3. P. Carpentier, D. Pajoni, La lingua: un insieme muscolare complesso. *Mondo Ortod.* 1989,6:765
4. L. Kaban, Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1990
5. S.C. Fletcher and J.R. Meldrum, Lingual Function and relative length of Lingual Frenulum. *J. Speech Hear Res.* 1968;11:382-390
6. G. Gallini et al., L'intervento di frenulectomia linguale. *Dentista Mod.* 1985;3:1137
7. C. Marmet, E. Schell, R. Marmet, Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J. Hum-Lact.* 1990;6:117-21
8. A. Mazocchi et al., Orientamenti attuali nella chirurgia orale pedodontica dei tessuti mucogengivali. Atti del VII Congresso Naz. di Chir. Max. Fac. Monduzzi Ed. Bologna 1989
9. D. Waite, A text book of Pratical Oral and Maxillofacial Surgery. Lea. Febiger, Philadelphia, 1987
10. R. Weinstein et al., I frenuli: Considerazioni cliniche e tecniche chirurgiche. *Dental Cadmos* 1988;8:86



Un po' per gioco

La pisoterapia

Ad cucullum exuendum coactio

di Lucio Piermarini

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 47

Eh sì, sì! Ha proprio ragione signora. Ha il *pisellino* chiuso, vede? Proprio non va giù. Eh sì, è un problema. Lei non ci crederà, ma sono tutti così. Lei ha fatto quello che poteva, ma non si può mica pretendere da una mamma che faccia il medico!

Fortuna che ci siamo qua noi a rimediare.

Così questo bel *passerottino* andrà perfettamente a posto e sarà la soddisfazione della sua mamma. E quando sarà grande ci ringrazierà. Senza contare i problemi che gli eviteremo anche prima.

Perché, vede signora, i bambini sono fatti come noi, solo un po' più piccoli. Le ricerche più moderne ormai lo hanno accertato.

Vedono e capiscono tutto. Hanno, più o meno, le nostre stesse esigenze. Soffrono, gioiscono, sognano come noi grandi.

E i maschietti, mi segua bene, sia di giorno che di notte, sviluppano elaborazioni mentali con un contenuto a volte, diciamo così, erotico; certo erotico-affettivo in senso psicoanalitico Freudiano, anche se non al cento per cento, perché sa, poi, non è che a questa età ci raccontino molto.

Tutto può essere, ma lo possiamo intuire anche da certe manifestazioni esteriori, per esempio quando il *pisellino* diventa, ehm..., un *pisellone*, eh eh!, che insomma qualche cosa succede anche a loro.

Lei mi capisce, vero, di cosa parlo, perché poi lo avrà pur visto qualche volta anche lei. Vero che lo ha visto, eh?

Su non arrossisca. Sa, succede a tutti, è un fatto assolutamente normale.

Però se la *pellicina* non scende come farà questo bambino? Allora il bambino soffre, esperisce un vissuto di frustrazione che lo potrebbe segnare per tutta la vita, rischia conseguenze irreparabili sul suo futuro di felice maschio adulto, eh sì!

E questo lei non lo vuole, vero? Bene, su non si preoccupi; certo la cosa è delicata, certe pratiche vanno fatte da persone preparate, con una grande esperienza alle spalle.

Sembra un intervento da poco ma, se non si fa più che bene, si rischiano disastri peggiori del male.

Allora è pronta? Tenga qua..., così..., è solo un attimo.

Ecco, ecco..., là, fatto!

No piccolino non è niente.

No signora, si tranquillizzi è solo un po' di spavento. Passa subito.

Un po' di crema..., eccolo sistemato.

Ora tutto è a posto, eh galletto?

Ah dimenticavo, una *firmetta* signora, qui, sulla ricetta della ASL. Sa è per il pagamento. No! Non lei, ci mancherebbe, è la ASL che paga. Una miseria!!!

Il trapianto renale nei bambini, oggi in Italia

L. Ghio, F. Sereni

Clinica pediatrica dell'Università, Milano

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 48-49

Abstract

Kidney transplantation in Italy

At present, only 50% of the need for kidney transplantation is met in Italy. However, waiting time is much shorter than in adults: 5-8 months versus 14 months. Survival of transplanted kidneys at 5 years is 75% and transplantation from living body would certainly improve it.

Keywords: *Kidney transplantation, Waiting list, Special needs*

La premessa

È bene accertato che in pazienti con insufficienza renale terminale, la qualità di vita è sensibilmente migliore nei portatori di trapianto di rene, rispetto a quanti sono sottoposti a dialisi cronica.

Ciò è particolarmente vero in età pediatrica. Pertanto ogni sforzo deve essere posto in atto affinché il periodo di attesa del bambino in dialisi prima del trapianto di rene sia più breve possibile.

Il numero dei trapianti e i tempi di attesa

Purtroppo in tutto il mondo non viene eseguito un numero di trapianti sufficiente a soddisfare la richiesta; tale problema è particolarmente sentito in Italia, ove i livelli di reperimento di donatori sono più bassi rispetto a molti altri paesi.

La *figura 1* si riferisce ai dati dei trapianti di rene eseguiti sia in pazienti in età adulta che pediatrica nell'area del Nord Italian Transplant (NITp) (l'organizzazione multiregionale che serve una larga parte del paese); essa documenta come l'attività globale di trapianto di rene non sia soddisfacente. Il numero di pazienti entrati in lista è progressivamente aumentato negli anni, mentre il soddisfacimento del bisogno annuo (indice calcolato dividendo il numero dei trapianti effettuato ogni anno per il numero di nuovi ingressi per cento) è rimasto 50% circa nei vari anni, ad esclusione negli anni 1945-1995 in cui oscillava intorno al 60%.

Le dimensioni quantitative del trapianto pediatrico sono molto ridotte rispetto al trapianto dell'adulto.

I pazienti pediatrici in lista d'attesa nel programma nazionale per il trapianto di rene sono 109 e tra questi 75 sono iscritti presso i tre centri pediatrici di Milano (Istituti Clinici di Perfezionamento-Policlinico), Genova (Istituto Gaslini) e Padova (Clinica Pediatrica).

Nonostante il numero esiguo di bambini in lista d'attesa nazionale, e malgrado che il Nord Italian Transplant abbia posto i bambini come priorità, l'attività di trapianto pediatrico non è a tutt'oggi sufficiente.

Questo giudizio globalmente non positivo deriva da diverse considerazioni. Innanzitutto vi è un netto divario tra numero di bambini che entrano in lista d'attesa e i trapianti effettuati (*figura 2*).

In secondo luogo, se è vero che se si considera solo il primo trapianto, in pazienti non immunizzati, la mediana del tempo di attesa per i bambini che arrivano al trapianto è soddisfacente (molto inferiore alla mediana degli adulti, *figura 3*), è anche vero che molto meno favorevole è la situazione se si considerano tutti i bambini, non solo quelli nel primo trapianto e non immunizzati, ma anche quelli che hanno avuto un rigetto e sono tornati in dialisi o quelli che hanno significativi tassi di anticorpi.

Infatti dopo due anni di dialisi solo il 70% dei ragazzi può essere trapiantato.

I risultati del trapianto di rene in pediatria, da cadavere e da vivente

Si può affermare che la sopravvivenza dell'organo presso i centri pediatrici italiani del Nord Italian Transplant è buona e superiore a quella riportata recentemente in importanti studi multicentrici internazionali.

Essa è infatti, a cinque anni del trapianto, del 75%, mentre l'Associazione Europea di Dialisi e Trapianto riporta una sopravvivenza del 65% (2) e l'Associazione Nord Americana e Canadese di Trapianto Pediatrico del 62% (3).

Questi risultati sono da considerare ancor più soddisfacenti, se si considera che nei tre centri pediatrici del NITp il trapianto è effettuato essenzialmente con reni da donatore cadavere. Infatti, la sopravvivenza dell'organo è migliore con il trapianto da vivente, soprat-

Fig. 1. NITp Trapianto di rene. Nuovi ingressi in lista d'attesa e soddisfacimento del fabbisogno annuale

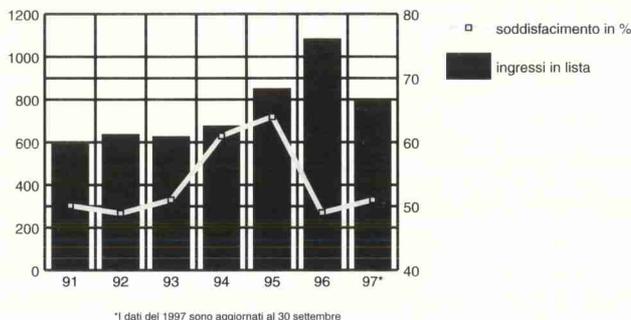


Fig. 2. NITp Trapianto di rene. Nuovi ingressi in lista d'attesa e trapianti

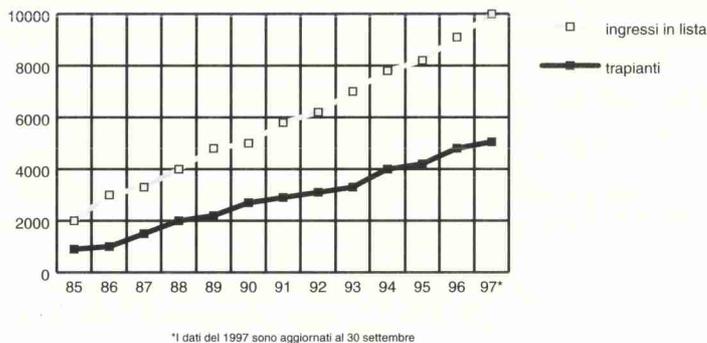


Fig. 3. NITp Tempo d'attesa in lista dei pazienti trapiantati di rene, dal 01/01/95 al 30/06/97

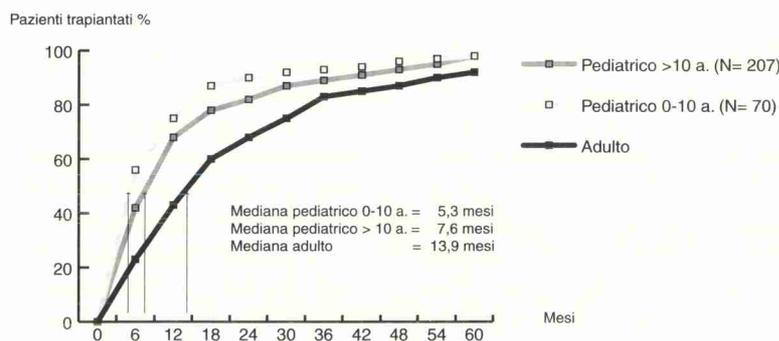
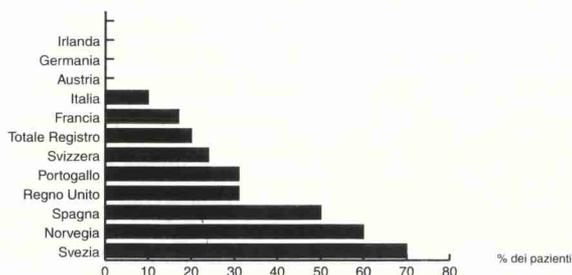


Fig. 4. NITp Trapianto pre-dialisi in bambini di età <15 anni



tutto nel lungo termine. Nonostante ciò, in Europa la maggior parte (80%) dei trapianti nel bambino è effettuata con reni da cadavere. Non vi sono comunque motivi validi per limitare il trapianto dell'organo da vivente purché la donazione sia spontanea ed esprima una volontà informata. È opportuno che le due possibilità siano espone ai genitori prima dell'iscrizione in lista d'attesa per il trapianto.

È razionale e, in caso affermativo, in quali casi è indicato in bambini il trapianto di rene prima dell'inizio della dialisi?

L'effettuazione del trapianto prima dell'inizio del trattamento dialitico è oggi praticato in numero insignificante di bambini italiani (figura 4) ed è eseguito per lo più all'estero. La sopravvivenza dell'organo trapiantato prima della dialisi è sovrapponibile a quella che si ottiene con il trapianto durante il trattamento dialitico cronico. Un trapianto renale ben funzionante, è ovvio, vuole dire la soluzione di buona parte dei problemi medici e sociali che il bambino deve sopportare allorché è sottoposto a dialisi cronica. L'attitudine italiana, complessivamente negativa, nei confronti del trapianto pre-dialisi (contrariamente alla politica del trapianto attuata in altri paesi come Svezia, Norvegia e Spagna) può essere giustificata dal fatto che comunque un rene trapiantato ha pur sempre una mezza vita, più o meno lunga che sia. Si richiede quindi ai genitori (o a persone legate al bambino da vincoli affettivi) un sacrificio senza che questo possa essere motivato da una soluzione per così dire definitiva. Si tenga anche presente che il trapianto pre-dialisi comporta per il bambino trapiantato delle complicanze più frequenti, quali la trombosi vascolare. Infine è stato documentato che la compliance terapeutica è minore nei bambini trapiantati pre-dialisi. Nel caso di donatore cadavere, un atteggiamento negativo nei confronti del trapianto pre-dialisi è a nostro parere maggiormente giustificato, considerando che si sottrae un organo a bambini in dialisi cronica in attesa di trapianto.



il punto su

L'infezione da Helicobacter Pylori

Giuseppe Magazzù

Istituto di clinica pediatrica, Università di Messina

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 50-52

Abstract

Helicobacter pylori is a major cause of gastritis, peptic ulcer and gastric malignancy.

The knowledge of the complete genome sequence, recently published, will allow to achieve great progress in understanding the mechanisms by which this gram negative spiral shape bacillus induces damage in the upper digestive tract. With respect to pediatric age, the prevalence of the infection in dyspeptic children is 15-20% but most only have a non-ulcerative dyspepsia, a disorder in which no controlled study has been performed in order to demonstrate a benefit from pharmacological treatment. Peptic ulcer is rare in children and, contrary to what observed in adults, only in a minor percentage of cases is related to H pylori infection. Serology has recently reported as a non-invasive, inexpensive and reliable tool for diagnosing the infection and will be helpful to select dyspeptic children for treatment provided that normal value cut-off for children will be established.

The determination of antibodies against proteins expressed by some H pylori strains may allow to identify strains responsible, in association with genetic and environmental factors, of peptic disease and gastric malignancy.

Keywords: Helicobacter pylori infection

Cominciamo dalla cronologia.

1983 - Warren e Marshall dimostrano la relazione tra gastrite e presenza nello stomaco di un bacillo spiraliforme gram negativo, chiamato *Campylobacter pylori* che poi sarà ribattezzato *Helicobacter pylori* (HP).

1997 - Viene sequenziato il genoma completo dell'HP. Durante questi quindici anni sono state ottenute molte conoscenze sull'HP; è probabile che l'identificazione del genoma aiuti a fornire le risposte ai restanti interrogativi.

Quali sono le certezze accumulate in questi anni?

Riguardo l'epidemiologia, sappiamo che:

- dal 30 all'80% della popolazione umana valutata con la sierologia ha avuto un'infezione da HP;

- l'infezione comporta a qualsiasi età quasi sempre una gastrite istologica anche senza comparsa di sintomatologia;

- l'ulcera peptica nell'adulto, in particolare l'ulcera duodenale, è associata all'infezione da HP in oltre il 95% dei casi. Il suo trattamento, pertanto, dovrà essere rivolto all'eradicazione dell'HP, pena la recidiva dell'ulcera stessa;

- in età pediatrica, l'ulcera peptica è rara e la sua prevalenza media non supera il 4% dei bambini dispeptici sottoposti ad endoscopia digestiva. Inoltre solo 1/3-1/2 delle ulcere peptiche sono HP positive;

- il MALToma gastrico a cellule B di basso grado è associato con l'infezione di alcuni ceppi dell'HP; l'eradicazione di quest'ultimo dallo stomaco comporta la regressione di questo tipo di linfoma. Resta da chiarire invece la relazione dell'infezione da HP con:

- la dispepsia non ulcerosa (DNU)

- l'adenocarcinoma gastrico.

La dispepsia non ulcerosa.

Le probabilità che un adulto dispeptico ha di

essere HP positivo è di circa il 40%; di questi adulti però circa 3/4 hanno una DNU. Circa il 20% dei bambini dispeptici sono HP positivi e, per quanto detto sopra, quasi tutti hanno solo una DNU. Nell'adulto con DNU non è stato dimostrato alcun beneficio sulla sintomatologia dal trattamento che eradica l'HP nei confronti del placebo. Nel bambino non sono mai stati condotti studi clinici controllati verso placebo in tale condizione clinica.

L'Adenocarcinoma gastrico

La relazione tra adenocarcinoma dello stomaco ed HP è stata suggerita dall'osservazione di un parallelo declino della prevalenza della neoplasia e di quella dell'infezione, sia nei paesi in via di sviluppo che, soprattutto, in quelli occidentali.

È stato prospettato che l'infezione contratta in età pediatrica, favorita dalle scadenti condizioni socio-economiche, come avviene nei paesi in via di sviluppo, possa condurre allo sviluppo della gastrite atrofica multifocale che a sua volta, con meccanismi non conosciuti, predispone sia all'ulcera gastrica che al cancro dello stomaco. Al contrario, l'ulcera duodenale è rara in presenza di gastrite atrofica. Pertanto l'infezione in età pediatrica predisporrebbe i pazienti all'ulcera gastrica ed al cancro gastrico da adulti ma inibirebbe lo sviluppo dell'ulcera duodenale. Tale ipotesi si accorda con lo schema temporale di Sonnenberg descritto per la patologia gastrica, secondo il quale si spiegherebbe perché prima della rivoluzione industriale sia il cancro gastrico che l'ulcera duodenale sarebbero stati rari. Infatti, la ridotta aspettativa di vita avrebbe limitato l'incidenza del cancro gastrico e l'infezione prevalentemente contratta da bambini avrebbe limitato l'incidenza dell'ulcera duodenale. Dopo la rivoluzione industriale, permanendo scarse le condizioni igieniche dei bambini con alti tassi di infezione da HP ed essendo aumenta-

ta la durata della vita media, si sarebbe registrato alla fine del 19° secolo il più alto picco di mortalità dovuto a cancro dello stomaco. Migliorando le condizioni socio-economiche della popolazione e spostandosi in avanti l'età dell'infezione, la prevalenza del cancro gastrico è diminuita mentre è aumentata quella dell'ulcera duodenale. Anche la prevalenza di quest'ultima nel tempo è diminuita in parallelo con il declino della prevalenza dell'infezione nella popolazione generale.

Tale ipotesi è molto suggestiva ma sembra in contrasto con quanto osservato con i tassi elevati di infezione da HP in alcuni paesi in via di sviluppo dove sia il cancro dello stomaco e dell'ulcera duodenale sono rari e con l'osservazione che in alcune popolazioni, soprattutto pediatriche, l'infezione sembra essere un processo dinamico caratterizzato da una eradicazione spontanea e successiva reinfezione. Pertanto, si deduce che fattori inerenti all'HP, all'ospite ed all'ambiente interagiscono nel determinismo di una condizione patologica.

Riguardo alla patogenicità sappiamo che:

- esistono dei fattori di diversità genetica, e quindi di patogenicità, tra i vari ceppi, che si determinano con vari meccanismi. L'interesse di questa osservazione risiede nella possibilità di identificare oltre che markers genotipici anche quelli fenotipici, questi ultimi evidenziabili nel siero. Tra i potenziali fattori di patogenicità, quali la presenza di un gene che codifica per una citotossina vacuolizzante (VacA), di un gene associato alla citotossina (CagA), l'abilità di attivare direttamente i neutrofili e un gene indotto dal contatto con l'epitelio (*iceA*), i primi due sono stati maggiormente studiati in relazione alla patologia gastrica. Il 50% dei ceppi produce una citotossina vacuolizzante riconoscibile con un anticorpo all'immunoblot nella banda 90 kilodalton. La struttura del gene, peraltro posseduto da tutti i ceppi, è quella che determina la produzione della citotossina. La correlazione con la patogenicità del ceppo è meno attendibilmente predetta dalla determinazione sierologica della proteina VacA in quanto una percentuale di soggetti con ulcera peptica non sono VacA positivi all'immunoblot. La

determinazione, invece, del genotipo VacA con metodi quali la PCR o l'ibridizzazione del DNA correla per oltre il 90% con i ceppi ulcerogeni. In contrasto al gene VacA, il gene CagA è presente solo nel 60-70% dei ceppi ma esprime sempre fenotipicamente la proteina determinabile all'immunoblot nella banda 116 kdalton. Esiste una correlazione tra positività sierologica per CagA ed ulcera peptica e MALToma gastrico.

- Da quanto detto si deduce l'importanza dell'identificazione di ceppi patogeni con la determinazione sierologica. Tuttavia, uno studio condotto lo scorso anno da un gruppo australiano solleva dei dubbi sulla generalizzazione dell'importanza del VacA e CagA a tutte le latitudini. In questo studio sono stati determinati gli anticorpi verso proteine dell'HP identificabili con le varie bande all'immunoblot, sia su una popolazione australiana composta da pazienti con ulcera peptica, DNU e controlli asintomatici, sia su una popolazione cinese affetta da cancro dello stomaco e da controlli asintomatici. Mentre una maggiore prevalenza di ceppi CagA positivi è stata riscontrata nei pazienti ulcerosi australiani rispetto agli altri due gruppi australiani inclusi nello studio, la prevalenza di CagA non era differente tra i pazienti con cancro dello stomaco e controlli cinesi. I pazienti con cancro dello stomaco erano, invece, discriminati dalla presenza di altre bande di anticorpi all'immunoblot. Tale studio indica che possono esserci altri fattori di patogenicità dell'HP,

che potrebbero non essere svelati da markers fenotipici, o che esistono fattori inerenti all'ospite ed all'ambiente che (co)determinano lo sviluppo di patologia.

Riguardo ai criteri diagnostici esistono dati derivati dalle nuove conoscenze che ne comportano una modificazione?

Cerchiamo di rispondere dicendo anzitutto che:

- bisogna considerare il diverso contesto in cui si opera. Infatti, per un adulto con ulcera peptica riscontrata all'endoscopia non sarebbe necessaria la ricerca dell'HP sui frammenti biotici tenuto conto della quasi assoluta relazione tra infezione ed ulcera, per cui qualunque esame diagnostico che abbia una sensibilità inferiore al 100% diventa inutile.

- Nel caso del bambino dispeptico sottoposto ad endoscopia, che in caso di infezione da HP avrà solo una DNU, la diagnosi di infezione da HP potrà essere effettuata con la ricerca dell'HP con la microbiologia, con il test rapido all'ureasi o la ricerca istologica.

Qual'è il grado di accuratezza diagnostica dei metodi non invasivi per l'infezione da HP in un soggetto dispeptico? Il 13C Urea-breath test dovrebbe avere una sensibilità teoricamente maggiore dei metodi basati sulla ricerca su frammento biotico, in quanto questi ultimi dipendono dalla presenza dell'HP nell'area dove vengono effettuati i prelievi biotici.

Tale test è stato validato anche in età pediatrica dove, però, deve ancora essere meglio definito il cut-off. La limitazione al suo uso deriva dai costi e dalla scarsa diffusione dello spettrometro di massa, necessario per il dosaggio dell'isotopo. Tuttavia, la possibilità di spedire a temperatura ambiente un campione di respiro raccolto potrebbe consentire di effettuare il metodo in due fasi, con dosaggio centralizzato del 13C centralizzato.

- La sierologia con la ricerca delle immunoglobuline G anti-HP ha un'elevata accuratezza diagnostica e per tale motivo è stato suggerito di trattare empiricamente i soggetti adulti dispeptici di età inferiore a 45 anni (età al di sotto della quale l'ipotesi di cancro gastrico è trascurabile), riservando l'esame endoscopico ai sog-



getti HP negativi o a quelli con sintomatologia persistente al trattamento. Tale proposta è stata ribadita anche nella Consensus Conference di Maastricht. Tale proposta non è stata estesa anche al bambino dispettico per il quale l'infezione da HP sottende quasi sempre una DNU, non essendo stato dimostrato in questa condizione un beneficio dal trattamento sui sintomi. Tuttavia, in tutti i lavori pubblicati in letteratura pediatrica i bambini sottoposti ad endoscopia che siano trovati HP positivi vengono sottoposti a trattamento anche se hanno solo una DNU.

Questo significa quindi che possiamo trattare un bambino positivo alla sierologia per HP con trattamento empirico rivolto all'eradicazione? Prima di rispondere affermativamente bisognerà definire il cut-off dei vari kits del commercio per il bambino, la cui risposta immunologica in termini quantitativi potrebbe essere differente, e dovranno essere utilizzati dei kits rivolti alla ricerca di una risposta anticorpale verso ceppi di HP presenti nell'area di afferenza dei bambini. Un ulteriore supporto all'idea di trattare il bambino con DNU-HP positivo con terapia empirica potrà derivare dalla positività per gli anticorpi anti CagA se verrà confermato anche in età pediatrica che la prevalenza dei ceppi CagA positivi è maggiore rispetto a coetanei asintomatici. Al riguardo la determinazione in Elisa degli anticorpi anti CagA, come preliminarmente effettuato in qualche studio, potrà ridurre i costi dell'esame.

- A completamento della diagnosi sierologica è da sottolineare come la validità dei cosiddetti test rapidi - alcuni effettuabili

su goccia di sangue capillare senza centrifugazione del campione - sia limitata dal fatto che la loro validità non è stata ancora dimostrata con la determinazione presso gli ambulatori e laboratori non specialistici per i quali sono stati messi in commercio ma solo in centri di riferimento.

- Infine, riguardo alla possibilità di utilizzare la saliva come campione per la determinazione delle IgG anti HP, i dati attuali non dimostrano una sufficiente attendibilità diagnostica. Dati preliminari sulla determinazione del CagA su saliva sembrano invece molto promettenti ma richiedono conferma.

Riguardo agli schemi di trattamento è ormai assodato:

- che la tripla terapia comprendente due antimicrobici ed un antisecretorio sembra avere la maggiore efficacia, permettendo buoni tassi di eradicazione, accorciamento della durata del trattamento e, quindi, maggiore compliance del paziente. Questo sembra essere valido anche in età pediatrica per la quale lo schema più recentemente pubblicato si basa su una associazione di omeprazolo 20 mg/die, metronidazolo 250 mg x 2 e claritromicina 250 mg x 2.

Tali farmaci somministrati per due settimane (a dosaggio doppio di metronidazolo e claritromicina in bambini di età superiore a dieci anni) hanno consentito un successo di eradicazione nel 93% dei casi con una buona compliance dei pazienti ed assenza di effetti collaterali.

Se non persiste la sintomatologia dopo trattamento, potrà essere utilizzato un metodo non invasivo per controllare l'avvenuta eradicazione dall'HP. Il 13C urea-

breath test è il golden standard, ma potrà anche essere utilizzata la sierologia. Un dimezzamento a sei mesi del valore iniziale ha una predittività del 98%. In tal caso si dovranno dosare le IgG sui campioni pre e post-trattamento contemporaneamente, per evitare la variabilità tra le determinazioni.

Per trarre qualche conclusione si può fare la seguente sintesi per l'età pediatrica:

- un bambino dispettico nel 15-20% dei casi ha un'infezione da HP;
- nella stragrande maggioranza dei casi l'infezione da HP comporta solo una DNU, per la quale non ci sono studi controllati che indichino un beneficio dal trattamento anti HP sulla sintomatologia;
- tenuto conto che un bambino positivo per HP all'endoscopia digestiva, anche in assenza di lesioni mucosali, sarà trattato con terapia farmacologica, si può prospettare, almeno per i bambini valutati presso gli ambulatori dei pediatri di base o in ospedali dove non si effettui l'esame endoscopico in pediatria, un trattamento empirico anti HP sulla base della positività alla sierologia.

Perché tale approccio sia applicabile è, tuttavia, necessario definire il cut-off dei kits commerciali per l'età pediatrica.

Bibliografia

- Tomb J.F., White O., Keverlage A.R. et al. The complete genome sequence of the gastric pathogen *Helicobacter pylori*. *Nature* 1997;388:539-547
- Eck M., Schmauber B., Haas R., Greiner A., Czub S., Muller-Hermelink HK. MALT-type lymphoma of the stomach is associated with *Helicobacter pylori* strains expressing in the CagA protein. *Gastroenterology* 1997;112:1482-6
- Parsonnet J. *Helicobacter pylori* in the stomach - A paradox unmasked. *N. Eng. J. Med.* 1996;335:278-80
- Atherton J.C. The clinical relevance of strain types of *Helicobacter pylori*. *GUT* 1997;40:701-3
- Atherton J.C. Non-endoscopic tests in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11(Suppl 1):11-20
- The European *Helicobacter Pylori* Study Group (EHPG). Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. *GUT* 1997;41:8-13
- Tolia V. *Helicobacter pylori* in pediatric nonulcer dyspepsia: pathogen or commensal. *AJG* 1995;90:865-7
- Dohil R., Israel DM., Hassall E. Effective 2-Wk therapy for *Helicobacter pylori* disease in children. *AJG* 1997;92:244-7



La ricerca di "evidenze" per un bambino con TIC-TAS

L. Marolla, C. Vignuda

Pediatre di famiglia, Pedibas Roma

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 53-54

Abstract

Streptococcal infection and tics: any evidence for an association?

A causal association between streptococcal infections and tics has been proposed. The Authors reviewed the available data on this hypothesis and conclude that there are no evidences supporting it.

Keywords: *Tics, Streptococcal infection, Antineuronal antibodies, Antistreptococcal antibodies*

La storia di Andrea

Andrea è un paziente di Luisa. È un bambino di 9 anni, che è sempre stato bene: da anni presenta disturbi del sonno e talora anche sonnambulismo. Da qualche mese ha un tic oculare.

Le rassicurazioni ripetute della pediatra sulla non gravità dei sintomi riferiti sono inefficaci, e la famiglia consulta un neuropsichiatra infantile. Questi, dopo una accurata visita ed una generica rassicurazione richiede alcune analisi di laboratorio, fra cui il tampone faringeo e il TAS.

Trova un TAS elevato e spiega ai genitori la possibile associazione TIC-TAS e pertanto prescrive terapia con Diaminocillina per tre mesi. I genitori, perplessi, chiedono nuovamente il parere della pediatra che prende tempo per dare una risposta.

La storia di Jenny

Jenny è una paziente di Caterina. È una bambina di sette anni in buone condizioni di salute che ha l'abitudine di parlare con un amico immaginario. Questo provoca l'ansia della madre che comincia a controllarla e nota che, ogni tanto, la bambina ha un movimento laterale degli occhi che la pediatra è incerta se inquadrare come nistagmo.

Lo psicologo, che segue la bambina per l'amico immaginario, richiede una visita neuropsichiatrica; anche in questo caso vengono richiesti un tampone e un TAS. Non si trovano alterazioni e non viene prescritta alcuna terapia.

Il decorso

Le due pediatre sono abituate a discutere insieme i casi e lo fanno anche per questi. Il neuropsichiatra che ha prescritto le indagini nei due casi è lo stesso e si decide di approfondire l'argomento. Il collega neuropsichiatra comunica il titolo di alcuni studi che avvalorano la correlazione Tic-Tas.

Vengono ricercati gli originali delle pubblicazioni, che si trovano solo nell'Istituto di Neuropsichiatria dove non è permesso fare fotocopie (la cultura non deve uscire dal recinto?). Comunque alla fine si ottengono i lavori che sono sette e sono pubblicati su riviste autorevoli. Ciononostante non può sfuggire alle due pediatre che:

a) gli autori sono sempre gli stessi; un gruppo di neuropsichiatri americani del Rhode Island, decisi a dimostrare che come esistono anticorpi neuronali, streptococco-dipendenti nella corea reumatica, così anche in altri disturbi del movimento dev'esserci una relazione con un'infezione streptococcica.

b) dei sette articoli, uno è solo un abstract, uno è la descrizione di un caso, uno è un commento; ne rimangono quattro.

Le due pediatre iniziano la lettura, ma per non commettere errori interpretativi, chiedendo l'aiuto di un tutor: il prof. Mastroiacovo.

L'esame obiettivo della letteratura

1) *Kiessling L.S. et al. Antineuronal antibodies in movement disorders. Pediatrics 1993;92:39*

È il primo lavoro (1993), e lo si discute di più perché la popolazione presa in esame è simile ai casi di Andrea e Jenny, anche se i bambini esaminati presentano, oltre ai tics, la sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività.

Obiettivo dello studio

È di valutare se i bambini con disturbi del movimento hanno anticorpi antineuronal, come conseguenza di una infezione streptococcica; un'associazione simile a quella dimostrata fra presenza di anticorpi antineuronal e corea reumatica.

Disegno dello studio

È uno studio caso/controllo. Quarantacinque bambini con deficit dell'attenzione-iperattivi-

vità + disturbi del movimento (23 con tics di lunga o breve durata, 15 con movimenti coreici, 7 con sindrome di Tourette) vengono confrontati con 38 bambini con sola sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività in due periodi, rispettivamente di un anno e di sei mesi.

Setting

Clinica neuropsichiatrica di Rhode Island, specializzata nello studio della sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività.

Metodi

Il disegno utilizzato è appropriato.

Scelta dei casi

Vengono incluse patologie abbastanza diverse fra loro, nell'ipotesi che i tics, i disordi ossessivi compulsivi, la sindrome di Tourette siano espressione di un diverso grado di una stessa patologia. I controlli sono scelti correttamente; tuttavia gli autori non danno alcuna informazione circa la distribuzione dei casi e dei controlli in rapporto alle variabili che influenzano la probabilità di avere un'infezione streptococcica, cioè l'età, il periodo dell'anno di osservazione, lo stato socio-economico, l'indice di affollamento...). Sono presi in considerazione anche bambini trattati precedentemente con farmaci.

Risultati

Gli autori riferiscono la terapia effettuata, ma non la commentano. In realtà l'uso di stimolanti è significativamente più elevato nel gruppo di bambini con disturbi del movimento che nei controlli (21/45 vs 6/38). Gli autori riferiscono una associa-

zione fra disturbi del movimento e anticorpi antineuronali: l'associazione esiste, ma quando vanno al cuore del problema e riferiscono che un maggior numero di bambini con disturbi del movimento presenta positività per almeno un anticorpo anti-streptococco, ("proportionately more children in each movement disorder group had at least one significantly elevated ASO titer"), si limitano a riportare i numeri grezzi ma non le Odds ratio e Limiti di Confidenza. Il nostro tutor li calcola e ci fa notare che l'associazione fra anticorpi anti-streptococco e disturbi del movimento è del tutto casuale. *La presentazione dei dati, così precisa nella 1^a tabella e sommaria nella 2^a deve sempre mettere in guardia. Senza voler dubitare dell'onestà degli autori, pensiamo che quando l'entusiasmo di dimostrare un'ipotesi è tanto ci si accontenta anche di cifre grossolane, senza badare troppo alla validità statistica del risultato.*

2) *Kiessling L.S. et al. Antineuronal antibodies: tics and obsessive-compulsive symptoms JDBP 1994;15:421*

Si parte dall'ipotesi che tics, disordini compulsivi ossessivi, sindrome di Tourette e la sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività sono espressioni diverse di uno stesso disturbo del comportamento, dovuto a lesione dei gangli della base da anticorpi antineuronali. Da qui si parte alla ricerca di una relazione fra infezione streptococcica e presenza di anticorpi antineuronali, come nella chorea reumatica. *Il risultato è che non esistono differenze significative fra i bambini patologici rispetto ai controlli.*

3) *Swedo S.E. et al. Identification of children with paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. Am. J. Psychiatry, 1997;154:110*

In questo lavoro viene messa in evidenza una forte associazione fra una serie di disordini del movimento, come tics, disordini compulsivi ossessivi, sindrome di Tourette e sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività, definiti PANDAS, e

la presenza nei linfociti di questi pazienti di un marker di suscettibilità alla malattia reumatica, il D8/17. *In sostanza il solo dato positivo è la presenza del marker e non dell'infezione.*

4) *Murphy T.K. et al. B-lymphocyte antigen D8/17: a peripheral marker for childhood-onset obsessive-compulsive disorder and Tourette's syndrome? Am. J. Psychiatry 1997;154:402*

Qui si conferma l'associazione fra presenza di linfociti D8/17 positivi e PANDAS, ma non si trova alcuna associazione fra anticorpi antineuronali e anticorpi anti-streptococco.

Che cosa abbiamo imparato?

A che conclusioni arrivare dopo questa faticosa tournée di lettura della letteratura?

- Sul piano pratico ci si sente autorizzati a concludere che non vi sono abbastanza "evidenze" per prescrivere ad Andrea la Diaminocillina.

- Sul piano culturale si scopre che leggere un articolo con la testa invece che con gli occhi è molto faticoso e che non è mai bene fidarsi troppo della "letteratura", anche pubblicata su buone riviste.

- Sul piano professionale ci si convince a non sentirsi "sottomessi" ai colleghi specialisti quando le loro scelte devono diventare nostre.





Il caso della SIDS

M Pierattelli*, P. Donzelli**, R. Piumelli**

Quaderni acp 1998; vol V, n° 3: 55-56

*Pediatre di famiglia, ASL 10 Firenze - **Centro SIDS Firenze

Cosa si deve sapere della SIDS, cosa si deve trasmettere

È del 1989 la definizione della SIDS tuttora adottata dalla comunità scientifica internazionale: "La Sudden Infant Death Syndrome è la morte improvvisa ed inaspettata di un lattante di età compresa fra 1 mese e 1 anno, che rimane inspiegata dopo l'esecuzione di una indagine post mortem completa comprendente: l'autopsia, l'esame delle circostanze del decesso e la revisione della storia clinica del caso". La SIDS rappresenta nei paesi industrializzati la prima causa di morte nel primo anno di vita con un rapporto femmine/maschi di 1:1.6. L'80% dei decessi di verifica nei primi 5 mesi. Negli USA si registra una incidenza pari all'1.5% o fra i nati vivi, il che equivale a circa 6000 morti l'anno. In Germania, nei paesi dell'Europa centrale e in Inghilterra l'incidenza è sovrapponibile, mentre l'Italia e la Grecia sono gli unici paesi europei dei quali non si conosce l'incidenza nazionale. Alcune indagini retrospettive (Toscana, Emilia Romagna...), parziali e non confortate da indagini autoptiche rigorose porterebbero l'Italia ad assestarsi nella area a bassissima incidenza (circa 6%). Il modello patogenetico attualmente più accreditato attribuisce ad un'alterazione troncoencefalica il deficit di base presente nei bambini vittime di SIDS. Il rischio biologico, espressione di tale lesione, si tradurrebbe nella compromissione delle numerose funzioni vitali (pattern respiratorio, termoregolazione, ritmi circadiani, ritmo sonno/veglia) che soggiacciono al controllo di tale struttura nervosa.

L'impatto fra i fattori di rischio biologici e quelli epidemiologici (per es. la posizione prona durante il sonno) potrebbero comportare l'insorgenza di fenomeni di ipossia cronica e/o bradicardia durante il sonno, fino a scatenare la SIDS. L'individuazione di quattro fattori di rischio fortemente correlati con la SIDS ha indotto alcuni paesi (Nuova Zelanda, Australia, Inghilterra, Olanda, Francia, USA) ad effettuare campagne di prevenzione su larga scala che hanno portato ad una riduzione della mortalità di circa il 50%.

La *posizione prona durante il sonno* è fortemente correlata ad una aumentato rischio di SIDS e potrebbe favorire il decesso per la rirrespirazione della CO₂. Al consiglio posturale di dormire sul dorso bisogna sempre associare l'indicazione di mantenere il lattante, da sveglio, in posizione prona per favorire il normale sviluppo psicomotorio. *L'ipertermia ambientale* potrebbe indurre una transitoria disattivazione dei chemocettori bulbari responsabili del controllo respiratorio o determinare una condizione fisiopatologica simile al "colpo di calore". Il dato anamnestico di profuse sudorazioni che precedono alcuni casi di SIDS potrebbe rafforzare questa ipotesi, anche se non si può escludere che tale segno sia espressione di ipercapnia. Il *fumo di sigaretta sia durante che dopo la gravidanza* si è rivelato un fattore di rischio indipendente, la cui eliminazione potrebbe portare ad una riduzione di circa il 30% delle morti per SIDS.

I figli di donne fumatrici, oltre al ben noto ritardo di crescita intrauterino, che di per sé esporrebbe ad un aumentato rischio, presentano un maggior numero di apnee ostruttive durante il sonno e una ridotta capacità di risvegliarsi in risposta all'ipossia.

Da non dimenticare infine nelle campagne di prevenzione della SIDS, *l'allattamento al seno* quale fattore di protezione ben dimostrato in ampie casistiche. È quindi comprensibile come l'unica prevenzione possibile della SIDS oggi sia fatta di soli *quattro concetti*, che devono diventare comunque così naturali, scontati e ovvii da non sembrare neanche consigli da dare. Ed è anche comprensibile come la prevenzione debba cominciare prima che il bambino nasca. Quindi i *ginecologi* dovrebbero spendere più energie per indurre la donna a non fumare e le *ostetriche* potrebbero diffondere i messaggi nei consultori con piccoli momenti informativi... magari in sintonia con il *pediatra dei centri di preparazione alla nascita*. E i *pediatri dei punti nascita*, in collaborazione con le ostetriche dell'Ospedale, dovrebbero "mostrare" la posizione corretta del piccolo appena nato e sottolineare, in questo momento

della vita della madre così delicato ma anche così recettivo, tutta quella serie di comportamenti corretti che stanno alla base della prevenzione della SIDS, soprattutto con messaggi NON VERBALI, evitando di far percepire il problema come incombente o stressante.

Il *pediatra di famiglia* deve mettere in atto azioni mirate a promuovere modificazioni del comportamento dei genitori dei suoi assistiti coerenti con una campagna di prevenzione della SIDS. Alcuni elementi meritano di essere sottolineati perché l'annuncio non rimanga solo una dichiarazione d'intenti.

I destinatari devono essere ovviamente tutti i genitori e le informazioni importanti possono essere trasmesse tramite un colloquio (semplice, ma... verba volant), oppure possono essere inserite in foglietti generici nell'ambito di tutti i consigli di puericultura, oppure strutturate in *depliant illustrativi specifici*. Non ultimo il tempo: i consigli sulla SIDS vanno introdotti ovviamente sin dal primo incontro, riverificando per diversi mesi che il messaggio sia stato compreso e applicato. Ma se anche tutto questo viene attuato, la prevenzione funziona tanto di più quanto più i messaggi sono univoci, costanti, striscianti e ripetuti nel tempo fino a divenire parte del patrimonio culturale inconsapevole di tutti. Ben vengano quindi anche i media (*stampa e TV*) che, quasi in stereofonia, devono confermare e sottolineare le uniche conoscenze ad oggi utili a far sì che la SIDS non sia più la prima causa di morte nel primo anno, in un bambino per altri versi così profondamente sano.

Dalle parole ai fatti

Dopo questa introduzione presentiamo qualche esempio di stampato da utilizzare in ambulatorio per questo fine, ben conoscendo i limiti di queste iniziative se non sono integrate in un progetto unitario e condiviso con tutti gli operatori, medici e non, del settore della pediatria e della comunicazione in generale. Questi stampati possono adottare due soluzioni: un foglietto generico in cui il consiglio è inserito, un foglietto o *depliant ad hoc*.

1. Un foglietto con consigli generici di puericultura buoni per tutte le situazioni

Viene somministrato dai pediatri di famiglia al primo incontro, accompagnandolo con parole di spiegazione. Vantaggio e insieme limite se lo si usa da solo: non sottolinea

l'obiettivo specifico, non si parla di SIDS, per non impaurire (...ma se si affronta meglio ciò che si conosce?). Si danno consigli per la SIDS all'interno degli altri usuali consigli.

Quantità ed orario dei pasti

Ogni neonato ha bisogno di quantità diverse di latte. La mamma che allatta al seno può evitare di fare la doppia pesata: capirà che il latte è insufficiente perché il bambino protesterà ad intervalli sempre più brevi.

Sete Normalmente il neonato non ha bisogno di bere ecc.

Feci Le caratteristiche delle feci dipendono dal tipo di allattamento ed è normale che ecc.

Moncone ombelicale Cade spontaneamente entro 20-30 giorni dalla nascita ecc.

Singhiozzo È un evento normale subito dopo il pasto ecc.

Pulizia del naso Instillare nel nasino alcune gocce di soluzione fisiologica ecc.

Ambiente In casa d'inverno è sufficiente una temperatura di circa 20°C e un tasso di umidità di circa il 50-60%. Le stanze devono essere arieggiate senza timore di far prendere freddo al piccolo e va assolutamente evitato il fumo di sigaretta.

Bagnetto Le solite istruzioni.

Vitamine I soliti consigli.

Sonno La durata del sonno è variabile da bambino a bambino. È importante che il lattante dorma a pancia in su, in un ambiente non surriscaldato, non particolarmente coperto. Meglio senza cuscino.

Prevenzione della carie Il fluoro ha una azione protettiva anticarie eccetera

2. Un *depliant ad hoc*

È molto utilizzato all'estero nelle campagne di prevenzione. Ne presentiamo, a titolo di esempio uno costruito da un gruppo di lavoro pluri-disciplinare sulla SIDS, con la collaborazione di un vignettista locale, Staino, di un grafico, e stampato a cura dalla Regione Toscana che ne ha curato anche la distribuzione ai punti nascita. Per gli addetti ai lavori i punti salienti del *depliant* sono così riassumibili: i concetti sono pochi, chiari, resi leggeri dalle vignette di Staino, ben conosciuto e apprezzato qui in Toscana anche dal grande pubblico; i colori sono delicati, "pediatrici" e le linee agli estremi del *depliant* che uniscono le pagine chiariscono la continuità del messaggio. Solo in fondo si fa cenno alla SIDS indicando i centri di riferimento (anche telefonici) utili per

ogni evenienza. In ultima pagina vengono citate tutte le sigle (sindacali, culturali ecc.) cui la pediatria fa riferimento e che rendono il *depliant* un documento ufficiale. Da non dimenticare infine le associazioni dei genitori (Associazione Semi per la SIDS) che sono parte fondamentale e trainante in iniziative di questo genere, e che se molto possono fare per la prevenzione, ancor più possono fare se l'evento, nonostante tutto, accade.

Qualche consiglio per difendere il vostro bimbo dalla SIDS

La SIDS, la sindrome della morte in culla o "morte bianca" fino a pochi anni fa era una sigla ancora sconosciuta. Ora lo è un po' meno, ma rimane sempre una delle cause di morte dei bambini sotto il primo anno di vita, più difficile da combattere perché se ne ignorano le cause. Oggi però i pediatri hanno messo in luce alcune regole che, se correttamente usate, possono almeno in parte prevenirla. In molti paesi del mondo dove queste regole sono state ampiamente divulgate, l'incidenza della SIDS si è dimezzata.

Nanna sicura

Nei primi mesi di vita la posizione più idonea per dormire è quella sulla schiena, mai a pancia in giù.

Fatelo dormire senza cuscino.

È quindi importante conoscerle e modificare davvero i propri comportamenti.

Fresco è meglio

Non copritelo troppo e non avvolgetelo stretto nelle coperte. Tenetelo lontano da fonti di calore: la temperatura ideale è 18-20°.

Allattamento al seno

Fate sempre il possibile per allattare il vostro bambino al seno. Il latte materno è sempre il miglior alimento. Non fumate durante la gravidanza, non fumate quando è nato e non tenete il bambino in ambienti dove si fuma.

Per qualsiasi altra informazione rivolgetevi al vostro pediatra di famiglia.

Per saperne di più qualche numero utile:

- Associazione Semi per la SIDS, tel. 055/2345036

- Centro SIDS Ospedale Pediatrico Meyer, tel. 055/5662432 fax 055/570380

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 (P. Boero)
 10.30-11.00 Pillole di medicina basata sull’evidenza (G.C. Biasini)
 I Prevenzione (D. Baronciani)
 11.00-13.00 Pediatri e neuropsichiatri infantili: percorsi comuni nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione (N. D’Andrea, G. Levi, 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... 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 (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... un buon ospedale (N. D’Andrea)

Sabato 24 Ottobre

09.00-09.30 Pillole di medicina basata sull’evidenza (G.C. Biasini)
 - III: Terapia (M. Bonati)
 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. Siracusanò)
 10.00-11.30 Per un codice di comportamento dell’ACP nei rapporti tra medico e industria farmaceutica (G. Tamburlini, F. Panizon, M. Bonati)
 11.30-12.00 Dieci passi per... una buona pediatria di famiglia (V. Calia)
 12.00-13.00 Bambini in ospedale: perché, 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 (G. Raimondo)
 17.00-19.00 Assemblea dei soci ACP

Domenica 25 Ottobre

09.30-10.30 I disturbi dello sviluppo come disturbi multistadio (G. Levi)
 10.30-12.30 Progetti per l’infanzia: dal dire al fare... (P. Alcaro, E. Bianco A.M. Colella, 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:

Mediterranea 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 lscctt@mbox.vol.it

**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'Associazionismo (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.C. 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

**XIV Giornate perugine di aggiornamento
in pediatria di base**

Perugia 18 e 20 settembre 1998
Centro Congressi Camera di Commercio

Venerdì

9.00 *I sessione Neuroscienze*

- Aspetti genetici e acquisiti dell'intelligenza (E. De Renzi)

- La mente e il corpo (F. Panizon)

- La plasticità dell'encefalo e lo spazio della personalità (F. Bouquet)

- La coscienza del sé e la nascita dell'etica (G. Consalvi)

- Scuola e famiglia nella costruzione della personalità (L. Mazzetti)

13.00 *Colazione di lavoro*

15.00 *II sessione*

- Editoriale. La salute non è solo una merce (G. Domenighetti)

- Leggere l'emocromo (P. Paolucci)

- La misurazione dell'altezza: non solo centimetri (L. Greco)

- L'ittero nel primo mese di vita (G. Maggiore)

Sabato

9.00 *Lo sport: miserie e nobiltà (P. Facchin)*

- Il bambino cattivo (P. Rodari)

- Il pediatra e l'abuso. Un passo avanti (P. Facchin)

11.30 *Gruppi di lavoro*

- Auxologia (M. Mayer, L. Greco)

- Ematologia (P. Paolucci)

- Gastroenterologia (G. Maggiore)

13.00 *Colazione di lavoro*

15.00 *Obesità: prevenzione, cura o lasciar perdere? (R. Bellù)*

- *Novità in pediatria. PARTE I (F. Panizon)*

17.30 *Gruppi di lavoro*

- *Obesità (R. Bellù)*

- *Dermatologia (F. Arcangeli)*

- *Vaccini (G. Bartolozzi)*

- *Il bambino cattivo (P. Rodari, F. Panizon)*

Domenica

9.00 *Novità in pediatria. PARTE II (F. Panizon)*

- *Statistiche vitali (G. Bartolozzi)*

- *Il ruolo del pediatra prima del parto (D. Baronciani)*

- *Le tonsilliti ricorrenti (A. Ventura)*

Segreteria scientifica:

Prof. Franco Panizon - Clinica Pediatrica I.R.C.C.S. di Trieste

Prof. Alessandro Ventura - Clinica Pediatrica I.R.C.C.S. di Trieste

Dott. Franco Passalacqua - Perugia - Tel. 075/5723650

Dott. Lucio Piermarini - Terni - Tel. 0744/403172

Segreteria organizzativa e prenotazioni alberghiere:

QUICKLINE CONGRESSI

Via S. Caterina da Siena n. 3 - 34122 Trieste

Tel. 040/773737-363586 Fax 040/7606590

e-mail: quick@trieste.com

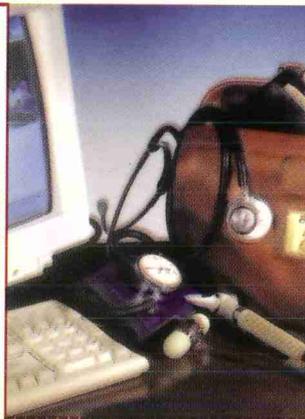
Scuola di omeopatia clinica

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

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

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

Per ulteriori informazioni



dalle ore 14.00 alle 18.00



Centro Italiano di Studi e di Documentazione in Omeopatia

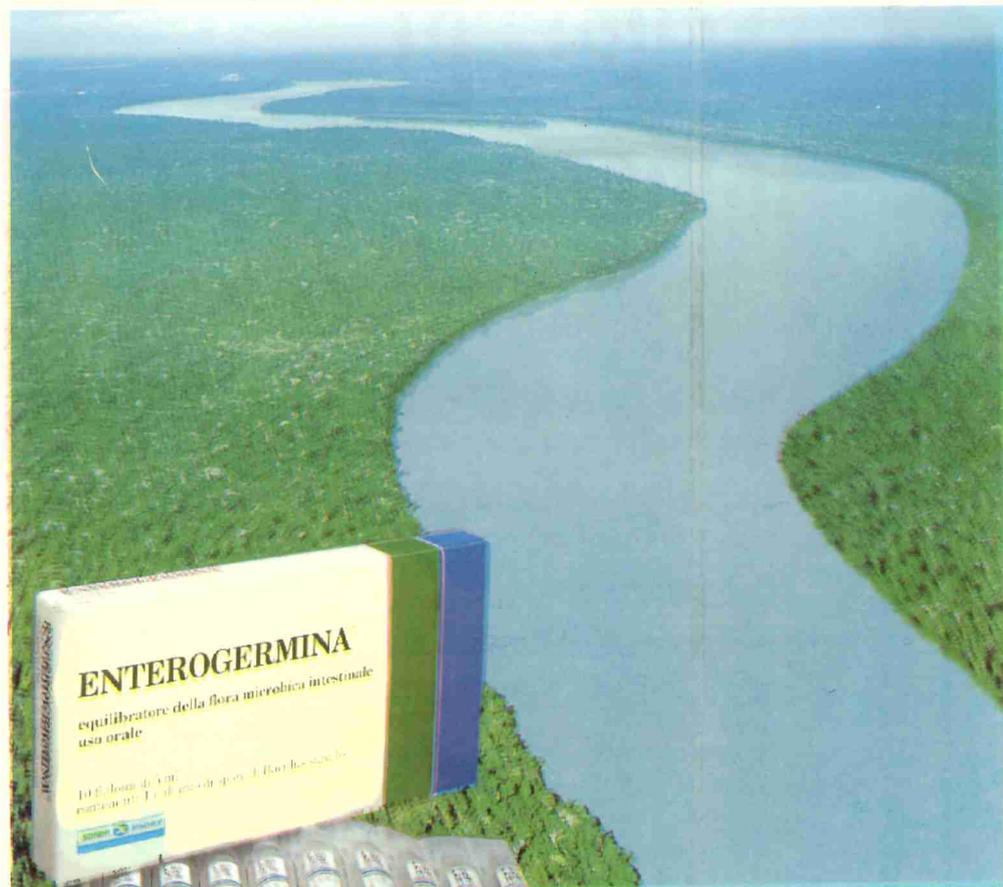
CISDO s.r.l.
Milano Oltre 2 - Palazzo Tigli
V.le Europa
20090 Segrate (MI)

Un impegno costante nella promozione e nella diffusione dell'omeopatia

ECOSISTEMA: RISPETTARLO PER VIVERE MEGLIO

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

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



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. EN-

TEROGERMINA, 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 WINTROP 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 soggetto a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.