

Quaderni acp

www.acp.it

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

Febbraio 1999

Il sogno di "Comunità..."

*Differenze socioeconomiche nell'uso
del pronto soccorso pediatrico*

Il trattamento della Dacriostenosi congenita

*Lettera aperta ad un pediatra:
per riflettere insieme*

Vaccinazioni: il ruolo dell'ospedale

*La legge delega di razionalizzazione
del SSN (o legge Bindi)*

Letteratura da non perdere?

Tosse cronica e broncopolmoniti ricorrenti

*Proviamo a capire di più dei nuovi
concetti in genetica medica (seconda parte)*

*Come l'EBM può aiutare i pediatri
nella pratica quotidiana*

Diseguaglianze sociali e salute

*I problemi (risolvibili)
della dimissione precoce*

*Quando i bambini navigano
su Internet: qualche consiglio ai genitori*



edizioni no profit
ACP

1. Denominazione della specialità. Haliborange. 2. Composizione qualitativa/quantitativa in principi attivi ed eccipienti. 100 ml contengono: Principi attivi: Olio di fegato di ippoglossio ml 1,5 (contenente 69.000 U.I. di Retinolo e 11.000 U.I. di Colecalciferolo), Acido ascorbico mg 160. Eccipienti: Succo d'arancia concentrato ml 25, Saccarosio g 60, Glicerina g 6,3, Gomma adragante g 0,17, Gomma araba g 0,16, Olio di arancia dolce ml 0,3, Acqua q.b. a 100 ml. Conservanti: Sali sodici degli esteri dell'acido p. ossibenzoico g 0,3, Sodio metabisolfito mg 68,6. 3. Forma farmaceutica. Emulsione aromatizzata al succo d'arancia.

4. Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica. Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ippoglossio in funzione del suo contenuto di Retinolo (Vit A) e di Colecalciferolo (Vit D). L'assunzione delle due vitamine stimola il normale accrescimento corporeo del bambino e svolge inoltre le specifiche azioni delle singole vitamine: antiinfettiva, protettiva degli epitelii ed antixerofalmica per la Vit. A, soprattutto regolarizzatrice del ricambio calcio fosforo per la Vit. D. L'Acido ascorbico, parimenti contenuto nell'Haliborange, svolge un ruolo di primo piano nei processi ossidoriduttivi cellulari, salvaguardando dalle facili ossidazioni e dalla conseguente inattivazione numerose sostanze biologicamente attive. La vitamina A viene assorbita rapidamente nell'intestino in presenza di grassi e bile; l'emoconcentrazione è massima dopo 3-5 ore dalla somministrazione; il fegato costituisce un notevole deposito di vitamina A, che mobilita secondo necessità. Il fabbisogno giornaliero normale cresce in rapporto all'accrescimento ponderale, nella gravidanza, nell'allattamento, ecc.. La vitamina D viene assorbita nell'intestino in presenza di grassi e di bile; si deposita in vari organi da cui viene ceduta lentamente. I depositi costituiti dall'alimentazione non sono rilevanti, per cui se la dieta o l'assorbimento sono insufficienti e se la provitamina depositata nella cute non viene trasformata in vitamina D dai raggi ultravioletti della luce del sole, è facile l'instaurarsi di ipo o avitaminosi. La tossicologia della vitamina A e vitamina D per via orale viene discussa nel paragrafo 5.8 relativo all'iperdosaggio. 5. Informazioni cliniche. 5.1 Indicazioni terapeutiche. Condizioni nelle quali può verificarsi un aumento nel fabbisogno di vitamine A e D: periodo della crescita, gravidanza, allattamento. 5.2 Controindicazioni. Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto, ipercalcemia. 5.3 Effetti indesiderati. Non segnalati. 5.4 Precauzioni per l'uso. Dosi eccessive o trattamento prolungato con alte dosi di vitamina A o D possono causare i sintomi caratteristici di ipervitaminosi. Non superare quindi le dosi consigliate. Ove si osservino sintomi o fenomeni di qualsiasi tipo, interrompere il trattamento e consultare il medico. 5.5 Impiego in gravidanza e nell'allattamento. La gravidanza e l'allattamento sono tra le indicazioni terapeutiche del farmaco. Durante la gravidanza l'uso del prodotto deve avvenire sotto diretto controllo del medico (vedi avvertenze) e comunque non deve superare 1 cucchiaino al dì. 5.6 Interazioni. Non segnalate.

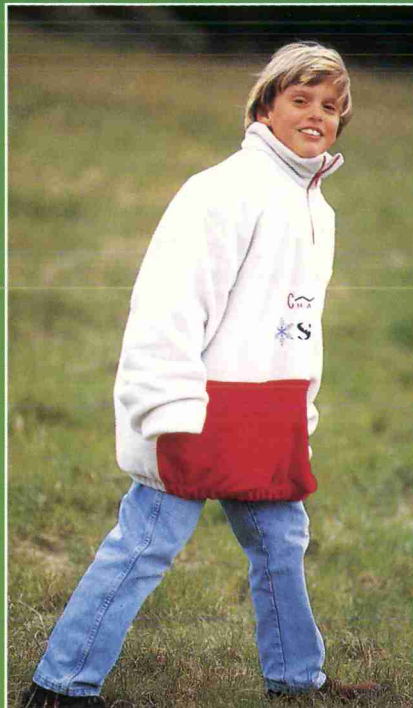
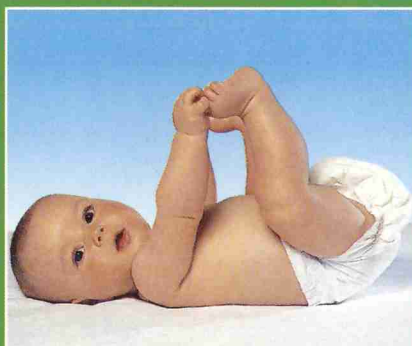
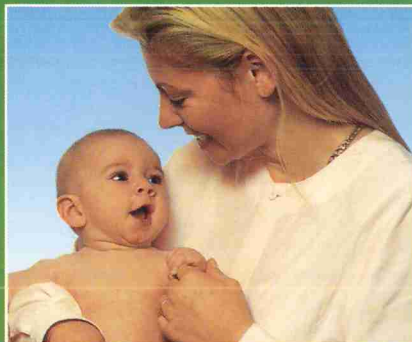
5.7 Posologia e somministrazione. Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, (es. nel poppatoio) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti.

5.8 Sovradosaggio. Una intossicazione "acuta" da vitamina A si può avere nei bambini solo se si superano le 300.000 unità al giorno. L'ipervitaminosi D, che nel bambino si può verificare dopo assunzioni di 40.000 unità al giorno per 1-4 mesi, nell'adulto si può avere nella somministrazione cronica di 50.000 unità al giorno. Nel caso dell'Haliborange la possibilità di iperdosaggi è solo teorica in quanto anche se per errore il bambino ingerisse tutto il contenuto del flacone (69.000 U.I. di vitamina A e 11.000 U.I. di vitamina D), la quantità di vitamine sarebbe lontana dalle dosi pericolose. Anche ingestioni del contenuto di più flaconi di emulsione, a breve distanza di tempo, comporterebbero con difficoltà livelli tossici delle vitamine considerate. 5.9 Avvertenze. Tener fuori dalla portata dei bambini. La vitamina D deve essere usata con cautela nei portatori di insufficienza renale, di arteriosclerosi, di malattie coronariche e negli anziani. Haliborange contiene Sodio metabisolfito; tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico ed attacchi asmatici gravi. Dosi molto elevate di vitamina A negli animali sono teratogene e sono state associate in casi isolati a malformazioni nell'uomo. Quantitativi giornalieri di vitamina A più elevati di 10.000 U.I. vanno evitati in gravidanza (specie nei primi mesi) e si deve consultare il medico per i consigli circa la quantità totale di vitamina A assumibile attraverso le diverse fonti. 5.10 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchine. Nessuno. 6. Informazioni farmaceutiche. 6.1 Incompatibilità. Non segnalate. 6.2 Durata di stabilità a confezione integro. 18 mesi. 6.3 Speciali precauzioni per la conservazione. Tappare il flacone dopo l'uso. Usare entro 1 mese dall'apertura del flacone. 6.4 Natura del contenitore, confezione e relativi prezzi. Flacone di vetro ambrato da g 200 L.9.500. 6.5 Eurospital S.p.A. Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia. 6.6 Codice del Ministero della Sanità e data di prima commercializzazione. Codice 009755012, settembre 1957. 6.7 Tabella di appartenenza secondo la legge del 22.12.75 N. 685. Non applicabile. 6.8 Regime di dispensazione al pubblico. Vendita senza obbligo di ricetta medica. Eurospital S.p.A. Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia Tel. 040 89971. Telefax 040 280944 © Marchi internazionale depositato e registrato. Depositato presso il Ministero della Sanità in data 20.06.1997.

HALIBORANGE®

Vitamine A, D e C

Nell'età della crescita



● Haliborange nel periodo della gravidanza

Posologia: non superare 2 compresse al dì o 1 cucchiaino di emulsione.

● Haliborange nel periodo dell'allattamento

Posologia: non superare 2 compresse al dì o 1 cucchiaino di emulsione.

● Haliborange nell'età della crescita del lattante e del bambino

Posologia: Comprese: bambini da 1 a 3 compresse al dì. Adulti: 2-6 compresse. Emulsione: sotto il 1° anno di età 1 cucchiaino diluito in acqua, 3 volte al dì. Dopo il 1° anno: 2 cucchiaini 3 volte al dì. Adulti: 1 cucchiaino 2 volte al dì dopo i pasti. Salvo diversa prescrizione medica.

Emulsione:
olio di fegato
di ippoglossio
con succo d'arancia.



Comprese:
25 compresse
Classe C
RR-ricetta medica



Sommario

Quaderni acp

Gennaio - Febbraio 1999 vol. VI n° 1

Editoriali

- 6 Il sogno di comunità
Giancarlo Biasini
- 7 Il Cavaliere

Congressi controllo

- 8 Torino: incontro ACP del Nord-Ovest sull'integrazione
- 9 Alghero: Sardegna e voglia di congresso

Ricerca

- 10 Differenze socioeconomiche nell'uso del pronto soccorso pediatrico
Paolo Siani et al.
- 12 Il trattamento della Dacriostenosi congenita
P. Perissutti, Fulvio Parentin

Libri

- 14 Pina Tromellini, *Cosa pensano i bambini di Dio*
- 14 E. Striano, *Il resto di niente*
- 15 L. Pintor, *La signora Kirchgessner*
- 15 Vittorio Messori, *Il miracolo*

Nessuno scrive al colonnello

- 16 Lettera aperta ad un pediatra: per riflettere insieme
Alfredo Pisacane

Medici, Medicine e Letteratura

- 18 Dal famoso dottore
Anton Germano Rossi

Organizzazione sanitaria

- 20 Vaccinazioni: il ruolo dell'ospedale
Paolo Siani
- 21 La legge delega di razionalizzazione del SSN (o legge Bindi)

Info

- 22 La spesa in Lombardia (e altrove)
- 22 Leggi in attesa di approvazione
- 22 Nestlè da Gad Lerner

World-info

- 24 UK - Il dibattito sul razionamento delle prestazioni sanitarie
- 24 ISRAELE - Resistenze secondarie e trattamento dell'otite
- 24 USA - Resistenze che vanno, resistenze che vengono
- 24 USA - 50 anni di Pediatrics
- 24 UK - Lancet anche loro sbagliano
- 24 OMS - Violazioni al codice di commercializzazione dei latti adattati

Lettere

- 26 Lettera: gioiosa terapia
Pino Boero

Lettere

- 32 Una piccola vicenda ed un invito alla riflessione
Rosario Ferracane
- 34 A proposito di ustioni
Brunetto Boscherini
Reti sentinella
Marina Marin
- 35 Ubaldo Di Mita: il ricordo di un amico
Dino Pedrotti

Ausili didattici

Leggere e fare

- 38 Letteratura da non perdere?
Salvo Fedele
- 39 Il cane e la malattia da graffio di gatto
- 40 Bronchiolite: nel trattamento la budenoside fa cilecca
- 40 Meno antibiotici nell'otite, ma come?
- 41 SIDS: più sicuri nel lettone?
- 41 Airbag: sì, no, ni

Il caso che insegna

- 42 Tosse cronica e broncopolmoniti ricorrenti
Luciano de Seta, Eliana Brigante

Aggiornamento avanzato

- 44 Proviamo a capire di più dei nuovi concetti in genetica medica (seconda parte)
Maurizio Genuardi et al.

Il punto su

- 50 Come l'EBM può aiutare i pediatri nella pratica quotidiana
Stuart Logan, Ruth Gilbert

Bambini con bisogni speciali

- 54 Diseguaglianze sociali e salute
Giuseppe Cirillo

Il punto su

- 56 I problemi (risolvibili) della dimissione precoce
Giancarlo Biasini

Informazioni per genitori e pazienti

- 58 Quando i bambini navigano su Internet: qualche consiglio ai genitori
Paolo Siani

Congresso Nazionale ACP

Il prossimo Congresso Nazionale dell'ACP si svolgerà ad Assisi nei giorni 5, 6, 7 novembre 1999. Pubblichiamo a pagina 25 di questo numero il programma preliminare insieme a una presentazione, che è anche un caloroso invito a non mancare, di Giorgio Tamburlini, presentazione che invitiamo tutti a leggere con estrema attenzione.

Tariffe di abbonamento

La tariffa di abbonamento per i non soci ACP è di Lire 50.000 da versare sul c/c postale n° 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri, via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR). Nella causale del versamento deve essere specificato: "abbonamento a *Quaderni acp*". Nella quota di iscrizione annuale all'ACP è invece compreso l'abbonamento alla rivista.

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.

La via telematica dell'ACP

<http://www.acp.it>

L'attenzione dell'ACP ai mezzi informatici è iniziata con la redazione di *Quaderni acp* che, come abbiamo più volte detto, è redatto tutto e completamente con mezzi telematici: tutti i redattori collaborano alla costruzione della rivista e vedono tutto quello che si propone per la stampa.

Quaderni acp è ormai tutto presente sulla pagina Web dell'ACP (www.acp.it) fin dal primo numero del 1997. La pagina web dell'ACP non è però nata solo per mettere a disposizione dei soci la rivista, né solo per fornire "servizi" ai soci, come pareri per la soluzione di casi clinici o per fornire attività relativa a consultazione ed elaborazione della letteratura (Journal club).

A noi questo è sempre sembrato un obiettivo abbastanza limitato.

L'obiettivo più importante che noi vogliamo affidare alla pagina web è di tipo associativo per tentare di consentire ai soci di interagire fra di loro perché tutti insieme, ed in ogni momento, si dia luogo ai progetti generali e speciali dell'Associazione.

Qualcosa in questo settore già è stato fatto: il materiale dell'abuso è a disposizione degli associati, la rete degli aderenti al progetto sentinella consente ai singoli di comunicare fra di loro e quindi di attuare il progetto attraverso il web, il documento sui servizi sanitari per l'età evolutiva ha ricevuto contributi in gran parte per via telematica, l'impegno di autoregolamentazione nei confronti dell'industria viene discusso per via telematica e per tale via si possono esprimere pareri ed opinioni.

È anche possibile interagire con gli autori degli articoli di *Quaderni acp* direttamente dal web per ottenere chiarimenti, informazioni per avviare pareri, contestazioni etc.

Dal punto di vista tecnico il tentativo di rendere facile l'utilizzo del mezzo informatico anche ai non espertissimi crediamo sia a buon punto.

Ogni parere comunque su quanto si sta facendo e su quello che si vorrebbe che si facesse è benvenuto.

Comunicato ai soci ACP

L'Assemblea Nazionale ACP al Congresso di Taormina ha deliberato che dal millenovecentonovantanove la quota annuale di iscrizione alla Associazione Culturale Pediatri è di Lit. 100.000 (51,28 Euro).

Si ricorda ai soci che:

1) Il versamento può essere effettuato sul c/c postale n. 12109096 intestato ad Associazione Culturale Pediatri - Via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR), oppure attraverso un bonifico sul c/c bancario (stessa intestazione: Associazione Culturale Pediatri, Via Montiferru 6 - 09070 Narbolia): CARIPLO - ABI 06070; CAB 17400, conto n. 74/1;

All'interno di alcuni numeri del giornale si trova il bollettino del c/c postale.

2) A meno di diversa disposizione locale, i soci che appartengono ai gruppi affiliati devono versare la quota al loro Presidente o Tesoriere, il quale invierà alla ACP Nazionale Lit. 70.000 per ogni iscritto.

I nuovi soci (e questo vale anche per i gruppi affiliati) dovranno fare la loro prima iscrizione alla ACP nazionale, per cui assieme alla domanda di iscrizione dovrà essere inviata per il primo anno l'intera somma (Lit. 100.000) e non la quota ridotta.

3) L'abbonamento alla rivista "Medico e Bambino" deve essere effettuato direttamente alla Edifarm. La quota per i soci è di 25.000 lire anziché di 50.000: naturalmente occorre specificare sul retro del bollettino ci C.C.P. che si è soci ACP (l'ufficio abbonamenti è in possesso dell'elenco aggiornato).

4) Sulla parte inferiore dell'etichetta di alcuni numeri di *Quaderni acp* si trova la situazione-quota degli ultimi quattro anni; per motivi tecnici le quote dell'ultimo anno non possono essere aggiornatissime, per cui chi avesse effettuato il versamento durante il mese precedente all'uscita del giornale potrà non trovare riscontro.

5) L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto a ricevere gratuitamente la rivista "Quaderni acp".

6) Ovviamente chi non è in regola con le quote sociali non è ammesso alle votazioni per il rinnovo delle cariche.

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale

e di ausili didattici a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10
47023 Cesena.
E-mail: gbiasini@line.net

Responsabile

Franco Dessì
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).
E-mail: fdessi@mbx.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

STILGRAF 47023 Cesena
E-mail: dima@interoffice.it
Tel. 0547/610201

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 Prunizzedda 62 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/259021
E-mail: segracp@tsc.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 interamente pubblicata in Internet alla pagina web: <http://www.acp.it>

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 "The new kid on the block" di Jack Prelutsky - edito da Living Books.

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 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 sogno di "Comunità..."

Giancarlo Biasini

Trent'anni fa il sogno di un gruppo di intellettuali ruotava intorno a un'ideale: la comunità. Cos'è rimasto di quel sogno?

Nell'estate del 1955 accompagnai un amico nella redazione bolognese de *Il mulino* e trovai sul tavolo della redazione un libro *Community organization and planning* di Arthur Hillmann che doveva essere tradotto di lì a poco a cura delle Edizioni di Comunità, il movimento di Adriano Olivetti, con il titolo *Organizzazione e pianificazione delle comunità*. Si trattava in sostanza di una riflessione sul modo con il quale le comunità modificano coscientemente le loro strutture e le loro abitudini per consentire che la comunità semplicemente viva mantenendo l'aspetto e la vivibilità di una comunità.

Lo comprai rapidamente (Lit. 21.000). Il libro conteneva in bibliografia una serie di indicazioni di film sui temi trattati che riuscii a procurarmi presso l'USIS (la rete culturale dei consolati americani) di Bologna.

Mi pare che questo sia stato fra i testi che hanno esercitato sulla mia professione di organizzatore di servizi sanitari il maggiore influsso formativo, specialmente negli anni settanta, quando si discussero animatamente le forme e i modi con i quali doveva nascere il Servizio Sanitario Nazionale con la legge del 1979. Le elaborazioni più raffinate di quegli anni, relativamente ai rapporti fra comunità dei cittadini e bisogni di salute da una parte ed aree elementari di distribuzione di servizi dall'altra, vennero da parte del Movimento per la riforma sanitaria di Giovanni Berlinguer e Lucio Rosaia; l'idea centrale di Seppilli - oramai del tutto disattesa - che il distretto dovesse essere una piccola area elementare espressione di bisogni sanitari elaborati ed espressi a livello comunitario è certamente derivata dalle concezioni cui si riferiva Hillmann. Egli sosteneva, in sostanza, che senza una progettazione precisa, partecipata e cosciente della comunità, senza una comprensione delle modalità con cui si devono svolgere le attività comuni non c'è possibilità di un buon funzionamento delle strutture sociali. Grosso modo questa è anche la filosofia del Piano sanitario 1998-2000 nel quale però non sono contenuti gli strumenti per passare dalle filosofie alle azioni sanitarie. Le forme sociali hanno sempre un valore funzionale per gli individui interessati e perché essi diventino comunità: o i gruppi di persone le elaborano e le interiorizzano o esse non funzionano. L'inerzia degli usi e costumi e la pigrizia dei governanti influiscono grandemente sul funzionamento delle forme sociali e sono tanto più forza ritardante quanto più vengono accettati ed ignorati. Tutto ciò riguarda il porsi comunitario di ogni istituzione: degli erogatori di istruzione, degli erogatori dell'assistenza sanitaria e sociale, della fabbrica; la vita delle comunità è un tutt'uno che dev'essere progettato insieme perché la vita è d'insieme; se ognuno la guarda e la progetta dal suo pezzetto di competenza e di specialità o di superspecialità non potrà mai modificarla e ridurla a misura d'uomo. Ho ripreso in mano molte volte questo libro azzurro, oramai invecchiato, in molti di questi anni quando si è parlato di distretti, di scuola e sanità, di educazione sanitaria, di medicina di comunità, dei bambini e la loro vita nelle città: temi usuali per l'ACP. Ogni volta mi sono sentito riallacciare a quel grande sogno, misto di personalismo cristiano, di socialismo umanitario e di rigore azionista, che è stato il Movimento di Comunità di cui si è tornato a parlare in occasione del novantennio della fabbrica di Ivrea: la Olivetti. A Ivrea, e nelle comunità del Canavese governate dal movimento di Comunità, si compì certamente la più grande esperienza locale di organizzazione della comunità, mentre il sogno politico di Adriano Olivetti (lo Stato come federazione di piccole comunità) rimase solo - e non poteva che essere così - un sogno. Ma il resto fu in buona parte realizzato, specie ad Ivrea: una piccola città (il comune contava allora 17.000 abitanti) nella quale chi andava si trovava di fronte ad una specie di mondo diverso. Era forse abbastanza atteso, in una visione illuminata ancorché padronale, che il luogo di lavoro, la fabbrica, potesse estendersi anche fuori, *non con gli*

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini,
E-mail: gbiasini@line.it

ovvi "dopolavoro", ma per dare asili, servizi sociali, scuole pensate per i bambini, colonie marine e montane. Meno attesa era l'idea che la fabbrica fosse un centro propulsore di cultura pur rimanendo strumento di produzione di ricchezza all'interno di una concezione produttiva tipicamente aziendalistica-capitalistica. Dalla fabbrica si doveva spandere nella comunità la "cultura", che diventava un momento della crescita comunitaria e doveva essere alla base della vita della città. La concezione olivettiana che ciò che era utile (la Lettera 22 ad esempio) doveva anche essere comunemente percepito come bello (e non mercantilmente imposto come bello) era altrettanto rivoluzionario. La città, Le Corbusier era di casa, doveva essere soprattutto vivibile, ma anche apprezzata come bella, e quindi gioiosamente alla base della vita.

Ed infine gli uomini di cultura, da Volponi a Musatti, a Pampaloni, erano utilizzati non solo per scrivere storie o per realizzare opere d'arte, ma per fare concretamente delle cose per gli altri uomini. Erano cioè decisamente lontani sia dalla concezione borghese dell'intellettuale solitario staccato dal mondo che dalla concezione togliattiana dell'intellettuale organico alla politica.

Tutto questo cominciava a nascere nel Canavese dalla fabbrica, ma ancora di più poteva nascere dalla scuola, dagli ospedali, dalle strutture assistenziali e di gestione comunitaria.

Fu un sogno.

Quel che resta del sogno è nulla: la scuola non insegna, la sanità è centralizzata, i distretti sono burocratizzati, il paesaggio e le città sono come le vediamo oggi. ■



IL CAVALIERE

Diceva un oste al vino:

"Tu mi diventi vecchio. Ti voglio maritare con l'acqua del mio seccio"

Rispose il vino all'oste:

"Fà le pubblicazioni sposo l'idrolitina del cavalier Gazzoni"

Abbiamo aperto il primo numero del 1999 con un ricordo del nostro direttore delle iniziative sociali e culturali della Olivetti, o meglio del suo fondatore, Adriano.

Ci è poi capitato fra le nani un libro di qualche anno fa sulle origine dell'industria farmaceutica che in redazione si è trasformato in un bestseller: Le officine della salute di Vittorio Sironi, Edizioni Laterza. Vogliamo darne un saggio ai lettori

Il vero prototipo di industriale italiano della salute? Arturo Gazzoni, l'uomo dell'idrolitina, fu tra i primi a scommettere sul marketing più che sulla qualità dei prodotti, un'idea che avrebbe fatto scuola in Italia. Il suo "Antinevrotico De Giovanni", un prodotto sicuramente insignificante sul piano terapeutico, venne lanciato con un'idea rivoluzionaria: "Si trattava - raccontò più tardi lo stesso Arturo Gazzoni - d'interessare contemporaneamente e nel minor tempo possibile tutta la classe sanitaria... Bandii così... un concorso a premio per la compilazione del manuale prontuario per il medico pratico". Il prontuario ebbe un grande successo e così anche... l'antinevrotico.

È il modello del rapporto tra industria farmaceutica ed editoria scientifica ancora in auge nel nostro paese?

Torniamo alle origini allora: quando nasce l'industria farmaceutica nazionale? Nasce in un periodo in cui malaria e tubercolosi, malnutrizione e malattie infettive decimano la popolazione. E così l'Italia preunitaria avrebbe assistito alle Cinque Giornate di Milano nello stesso lasso di tempo in cui Carlo Erba presentava quell'estratto di tamarrindo che avrebbe incontrato un'accoglienza entusiasta. Altrove invece, per esempio in Germania, lo stato prussiano scommetteva a fondo sullo sviluppo dell'industria chimica, da cui sarebbero nati farmaci destinati a far storia. In Italia invece, nel 1881, la Felice Bisleri & C. reclamizzava il suo antimalarico sulle pagine de "La Domenica del Corriere" asserendo che trattavasi di una "terapia superiore, sperimentata sui lavoratori addetti alle ferrovie della campagna romana e avallata dall'autorità scientifica di un malaricologo come Grassi..., in grado di procurare una guarigione certa in 15 giorni di cura". È il modello del rapporto tra industria farmaceutica e ricerca scientifica in auge nel nostro paese?

Ma è a partire dagli anni venti che è evidente lo scarto tra l'industria nazionale e quella straniera. Nota Sironi che "a differenza di quanto va succedendo in altre nazioni (Germania, Svizzera, Gran Bretagna, Francia e Paesi Bassi) in Italia sono ancora presenti tutti i difetti della fase pionieristica dell'industria farmaceutica: mancanza di rapporti tra mondo accademico e industria e conseguentemente assenza di ricerca scientifica applicata, inadeguato sostegno pubblico, eccessivo individualismo aziendale, forte proliferazione di piccole fabbriche poco competitive".

Sono fattori che hanno condizionato tutto lo sviluppo successivo dell'industria farmaceutica nazionale. A questi ritardi, si aggiungono le difficoltà con cui si è affermata nel nostro paese una medicina scientifica. Si consolida lo stereotipo del medico-missionario della salute e le aperture culturali e scientifiche degli anni venti e trenta trovano le facoltà di Medicina chiuse e sonnolenti, in balia di una casta inamovibile.

Sono condizioni per l'affermazione di farmaci consolatori, privi della benché minima garanzia di validità?

Anche se con ogni probabilità non era questo che Sironi voleva dimostrare, con la sola cronaca degli avvenimenti le pagine del suo libro chiariscono come si sia arrivati nel nostro paese ai "farmaci" italiani di oggi.



TORINO

Incontro ACP del Nord-Ovest sull'integrazione

A Torino nel giugno scorso alcune decine di pediatri di famiglia ed ospedalieri del Piemonte e Valle d'Aosta hanno discusso nel concreto problemi e prospettive dei reciproci rapporti. I partecipanti provenivano da aree diverse ove (con l'eccezione di un paio di realtà in cui la presenza dell'ACP è maggiore), ciascuno deve lavorare a fianco di colleghi non sempre motivati all'integrazione; non si poteva quindi pensare di raggiungere sbocchi operativi immediati. L'obiettivo era invece quello di delineare alcune proposte molto pratiche, piccoli tasselli tesi a costruire un rapporto di collaborazione da perseguire nelle proprie sedi di lavoro. Qui di seguito sono raggruppate le proposte e gli obiettivi emersi durante la giornata; questo materiale ci sembra possa essere utile sottoposto all'attenzione degli associati ACP delle altre regioni.

1. Come può/deve operare il Pediatra di Famiglia

1.1 Raggiungibilità: disponibilità ad essere facilmente raggiungibili dal medico ospedaliero (metodi: carta dei servizi del singolo pediatra, raggiungibilità telefonica ecc.).

1.2 Ambulatorio: disponibilità ad ampliare l'orario d'accesso (metodi: associazionismo, pediatria di gruppo, orari d'accesso libero e su appuntamento).

1.3 Visite domiciliari: ADI (assistenza domiciliare) in accordo con l'ospedale



(metodi: concordare regole dichiarate; carta dei servizi).

1.4 Rapporto con l'ospedale: disponibilità a contatti regolari (metodi: contatti telefonici e di persona con l'UO di riferimento prima, durante il ricovero e alla dimissione; DH programmati in collaborazione fra Pdf ed ospedale; riunioni fra pari fra Pdf e pediatri ospedalieri per discussione di casi, adozione di linee guida per raggiungere uniformità di linguaggio e di comportamento).

1.5 Corso di preparazione al parto: preparare le madri all'assistenza pediatrica in tutte le sue componenti. (metodi: partecipazione come docenti dei Pdf in collaborazione con i pediatri ospedalieri e di comunità).

1.6 Attività integrata con la pediatria di comunità; (metodi: chiara definizione dei compiti con attribuzione alla PdC di vaccinazioni e bds per i non assistiti dal Pdf).

1.7 Disponibilità a confronti periodici fra Pdf e pediatri ospedalieri (annuali, individuali o collettivi) riguardanti i propri assistiti sugli accessi al DH, ricoveri, accessi spontanei in PS o ambulatorio, considerati in funzione di indicatori.

1.8 Disponibilità a valutare dati della reciproca attività, individuare metodi di autovalutazione; individuare obiettivi di ricerca comuni fra tutte le componenti della pediatria; prevedere almeno un incontro annuale di verifica.

2. Come può/deve operare il Pediatra Ospedaliero

2.1 Al Nido o in Patologia neonatale porsi il problema dell'assistenza extraospedaliera (metodi: di fronte al nuovo nato, invitare i genitori ad iscrivere il neonato al Pdf possibilmente prima della dimissione; contattare il Pdf prima di dimettere un neonato patologico).

2.2 In Ambulatorio: sollecitare i ritardatari alla scelta del Pdf; ricordare la prestazione con l'assistenza del Pdf (metodi: segnalare il motivo della visita sul libretto sanitario: anamnesi "trasportabile");

2.3 In Pronto Soccorso: avere presente che quella di PS è prestazione eccezionale e possibilmente da non ripetere (metodi: rinviare il bambino che ha avuto un accesso al controllo del Pdf).

2.4 In ricovero: provvedere all'integrazio-

ne fra ciò che si fa in ospedale e ciò che deve essere fatto dopo la dimissione (metodi: concordare ricoveri e DH con il Pdf; sentire il Pdf per ogni bambino ricoverato; confrontarsi con il Pdf nei casi più impegnativi).

2.5 Nei corsi di preparazione al parto: prevedere la presenza anche del Pdf.

2.6 Disponibilità a confronti periodici fra Pdf e P.O. per valutare dati della reciproca attività, individuare metodi di autovalutazione; individuare obiettivi di ricerca comuni fra tutte le componenti della pediatria; prevedere almeno un incontro annuale di verifica.

3. Suggerimenti pratici

3.1 Poiché una corretta, reciproca informazione, è basilare, ogni reparto dovrebbe far conoscere ai Pdf il proprio organico, l'istituzione di eventuali ambulatori specialistici con i nomi di chi se ne occupa, l'individuazione di un orario privilegiato in cui il Pdf telefonando o presentandosi di persona trovi un collega disponibile ed aggiornato sull'andamento del reparto.

3.2 Il Pdf dovrebbe fornire ai suoi assistiti tutte le notizie utili per un buon rapporto, preparando una dichiarazione scritta in cui siano previste le modalità per una più facile raggiungibilità telefonica nell'arco di tutta la giornata (progetto "viva voce"), oltre agli orari di ambulatorio e all'eventuale associazione con altri colleghi.

3.3 In ogni reparto dovrebbe essere appesa una carta topografica del territorio della USL, suddivisa in distretti, che riporti i comuni di pertinenza e gli ambulatori di riferimento di ogni singolo Pdf.

3.4 Il P.O. (pediatra ospedaliero) dovrebbe contattare, e possibilmente incontrare, il Pdf prima della dimissione dei casi importanti per concordare con lui il proseguimento delle cure. Al Nido nel caso di neonati immaturi il P.O. durante il ricovero deve sollecitare i genitori alla scelta del Pdf in modo da effettuare un contatto pre-dimissione.

3.5 Il Pdf dovrebbe accedere periodicamente all'ospedale sia in caso di ricovero dei propri assistiti, ma forse anche per rendersi conto delle routine di reparto.

3.6 Negli ospedali dotati di rete informatica si dovrebbe fare in modo, essendo tecnicamente possibile, la scelta del Pdf allo



sportello accettazione ricoveri prima della dimissione dal Nido.

3.7 Occorre concordare le modalità con le quali fare turnare le varie componenti della pediatria nei corsi di preparazione al parto; occorre anche definire gli argomenti che il Pdf ed il pediatra di comunità, dove esiste, devono trattare nel corso: vaccinazioni, bilanci di salute, promozione dell'allattamento al seno, ecc.

3.8 Occorre individuare strumenti per un'uniformità di linguaggio tra diversi operatori in modo che i genitori degli assistiti vedano continuità nel nostro lavoro e non contrapposizione tra Pdf e P.O. Lo strumento potrebbe essere l'uso costante del libretto sanitario, con la stesura a quattro mani di foglietti di comportamento da distribuire alle famiglie (svezzamento, bambino febbrile, ecc.).

3.9 In via sperimentale i Pdf possessori di fax potrebbero utilizzarlo per lo scambio di informazioni con il reparto: invio dell'anamnesi per i propri DH, ricevimento della lettera di dimissione o degli esami di laboratorio dei propri assistiti.

3.10 Gli incontri P.O.-Pdf, a seconda delle diverse realtà locali, potrebbero avere carattere spontaneo (vedi punto 3.5); è però sicuramente più efficace l'organizzazione di incontri periodici che si fondano su un elevato numero di aderenti per non restare lettera morta; potrebbero anche avere carattere impositivo, sfruttando le strutture organizzative già esistenti.

3.11 È opportuno utilizzare il ricovero come un'occasione di collaborazione tra le due figure, in quanto verrebbe rinviato al Pdf un bambino che necessita ancora di cure domiciliari. Nel DH a gestione comune il P.O. avrebbe un ruolo di coordinamento delle decisioni prese da e/o con il Pdf.

3.12 Occorre individuare degli strumenti realistici da usare come criteri di valutazione del nostro operato non essendo utilizzabili quelli in uso presso le amministrazioni (indice occupazione, turnover ecc.). Questi strumenti devono permettere a ciascuno di valutare il proprio operato, anche in funzione di una miglior integrazione. Per il Pdf potrebbe essere il numero di bambini inviati da lui sul totale di suoi bambini ricoverati, così come la percentuale di DH gestiti direttamente dal Pdf.

Per il P.O. sarebbe importante valutare la congruità dei ricoveri da lui effettuati, oppure la percentuale di ricoverati tra tutte le visite di PS effettuate da quel singolo P.O.

3.13 Occorre prendere in considerazione la possibilità di discutere questi criteri ed i risultati in un incontro che naturalmente non deve essere visto come un processo ma come una ricerca comune.

Gruppo di lavoro integrazione ospedale-territorio ACP dell'Ovest

ALGHERO

Sardegna e voglia di congresso

L'11 e il 12 settembre ad Alghero convegno dell'ACP Sarda in collaborazione con la Pediatria dell'ospedale di Alghero. Un convegno con la stragrande maggioranza di sardi e con pochi continentali, come giusto del resto. Anzi di questo gli acipini sardi dovranno tenere conto per le prossime edizioni.

Un convegno di aggiornamento "fisso" in Sardegna sembra necessario; le spese per raggiungere i convegni continentali sono cospicue e per chi non vuole "cedere", o è discriminato dalle sponsorizzazioni, spesso insostenibili. Il convegno ha avuto due registri. Uno di classico aggiornamento: la celiachia, l'asma, colloqui con gli specialisti, colloqui con gli esperti, casi clinici di Panizon. Il colloquio con Assael sulle vaccinazioni, senza relazione introduttiva, è stato molto apprezzato e molto vivace. Il



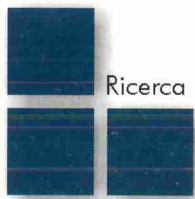
colloquio sull'utilizzazione di Internet (Dessi-Fedele) ci è sembrato, per la prima volta, essere più seguito e più "capito" delle precedenti esperienze. Il secondo registro del convegno, più politico, ha riguardato il Piano sanitario nazionale e regionale, e gli itinerari di prevenzione del disagio. I contributi sono stati di Baronciani sui dati epidemiologici disponibili per capire i problemi dell'assistenza materno-infantile, di Biasini sul Piano Sanitario Nazionale, di Tamburlini sui fattori di protezione per i bambini a rischio. I contributi dei funzionari regionali A. Bracciotti (sanità) e P. Lamieri (sociale) sono stati purtroppo la dimostrazione di quanto i due settori dell'assistenza poco comunichino anche in Sardegna; piano di assistenza sociale già varato, ma quasi sconosciuto



dal piano sanitario ancora in fieri. Per la sanità abbiamo rilevato ipotesi dipartimentali poco percorse ed utilizzo di vecchi criteri per la comprensione della complessità materno-infantile, difficoltà a comprendere la necessità di una visione globale (ospedale-territorio sullo stesso piano) dell'assistenza all'infanzia. Convegno con alti e bassi da parte dei relatori; i nuovi relatori, come naturale, sono sembrati meno addentro alla tecnica comunicativa dell'ACP.

Gli utenti sono stati attenti e partecipativi anche alle parti meno tradizionali (il Piano e gli itinerari di prevenzione del disagio): fra un terzo e la metà di loro è rimasto in sala anche in questa sessione più dura. Che abbia contribuito il maltempo? Un freddo vento di maestrale ha infatti accompagnato i due giorni di convegno.

G.C. B.



Quaderni acp 1998; vol VI, n° 1: 10-11

Differenze socioeconomiche nell'utilizzo del pronto soccorso pediatrico

P. Siani, G. Cirillo*, M.R. Gargano, V. Tammaro, L. Cimaduomo, F. Cicale
28° Divisione di Pediatria, Azienda Ospedaliera "A. Cardarelli", Napoli
*Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Obiettivi: Tra i numerosi fattori che possono influenzare l'accesso ai servizi d'emergenza, il disagio psicosociale occupa un posto di assoluto rilievo. Obiettivo dello studio è stato quello di verificare quanto le caratteristiche sociali influenzano il ricorso inappropriato ai servizi d'emergenza.

Metodi: Per tutti i bambini giunti consecutivamente al Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli nel periodo dal 9 al 30 Aprile 1996 è stata compilata un'apposita scheda in cui venivano registrati oltre all'età, il sesso, il motivo per cui giungeva in PS e i dati sulle condizioni sociali. È stata poi valutata la motivazione dell'accesso e calcolato il rischio relativo di utilizzo improprio del servizio nelle famiglie in cui era presente almeno una caratteristica di rischio sociale.

Risultati: Il rischio relativo (RR) di accesso inappropriato è risultato per i bambini con indicatori di rischio sociale di 3,87 con un intervallo di confidenza al 95%: [2,30; 6,53].

Conclusioni: I dati dimostrano che l'utilizzo improprio del servizio di emergenza, è una modalità di accesso ai servizi abbastanza caratteristica dei gruppi a rischio. Per ottenerne una riduzione sono necessari interventi integrati di tipo territoriale che si occupino sia degli aspetti sanitari sia di quelli sociali.

Parole chiave: rischio sociale, servizi d'emergenza.

Per corrispondenza:
Paolo Siani,
E-mail: pasiani@tin.it

Obiettivi

Il ricorso al Pronto Soccorso (PS) ospedaliero per l'assistenza di routine, per patologie acute rilevanti e urgenti, negli ultimi anni è andato aumentando in tutti i Paesi sviluppati (1) nonostante si tratti di una modalità di assistenza costosa e spesso inappropriata.

È noto ormai che l'accesso ai servizi è influenzato da numerosi fattori, che possono essere sintetizzati in tre grandi gruppi, così come indicato da Andersen e Aday (6)

- fattori che predispongono all'uso dei servizi, quali l'età, il sesso, le caratteristiche sociali e culturali,
- fattori che impediscono di ottenere i servizi di cui si ha necessità, quali la copertura assicurativa, l'organizzazione dei servizi sanitari stessi,
- fattori sanitari che influenzano il bisogno di servizi quali malattie croniche o ricorrenti.

Nell'ambito dei fattori del primo gruppo è noto che la marginalità sociale e il basso livello di istruzione dei genitori predispongono all'uso, spesso improprio, dei dipartimenti d'emergenza (3,4). Obiettivo dello studio è stato quello di verificare quanto le caratteristiche sociali influenzano il ricorso inappropriato ai servizi d'emergenza.

Metodi

Al PS pediatrico del Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) di II livello dell'Azienda ospedaliera "A. Cardarelli" di Napoli si rivolgono ogni anno circa 18.000 bambini e le due Divisioni di Pediatria effettuano circa 3.500 ricoveri di pronto soccorso l'anno. Il servizio è assicurato da un pediatra di guardia 24 ore su 24 che ha a disposizione tutti i servizi d'urgenza: rianimazione pediatrica, radiologia con apparecchio TC, esami di laboratorio e consulenze specialistiche di neurochirurgia, ortopedia, cardiologica, otorino, chirurgia pediatrica. Sono stati reclutati tutti i bambini giunti consecutivamente al PS dal 9 al 30 aprile 1996. Per tutti è stata compilata un'apposita scheda in cui era registrata l'età, il sesso, il motivo per cui giungeva in PS, se inviato dal medico di base, se era stato necessario il ricovero; inoltre venivano registrati i seguenti dati sociali: età e grado di istruzione della madre, lavoro del padre, eventuale famiglia monoparentale, l'indice di affollamento dell'abitazione, la coabitazione con i nonni. Veniva inoltre segnalata l'eventuale condizione di nomadi o extracomunitari.

I motivi di accesso al PS sono stati divisi in due gruppi:

- accesso appropriato per problemi rilevanti e/o che necessitavano di prestazioni sanitarie urgenti (trauma cranico, convulsione febbrile, crisi d'asma, broncopneumite, incidente domestico),
- accesso inappropriato per problemi non rilevanti e/o che non necessitavano di cure urgenti (infezione delle alte vie respiratorie, diarrea acuta senza disidratazione, malattie dermatologiche).

I dati sono stati archiviati utilizzando un programma di data base ed è stato calcolato il rischio relativo di accesso al PS per problemi rilevanti nei bambini con indicatori di rischio sociale presenti, mediante il programma Epi Info ver. 6

Risultati e conclusioni

I bambini arruolati sono stati 279 bambini, 142 maschi, 137 femmine. L'età era di 4,5 anni in media. Il 4,4% è stato inviato dal medico di base, lo 87,1% è giunto in PS per decisione autonoma dei genitori. Il 22,3% (62 bambini) è stato ricoverato. Nella **tabella 1** sono descritte le caratteristiche sociali dei genitori di tutto il campione; in 230 casi (82,4%) era presente almeno un indicatore di rischio sociale, spesso sono presenti più indici di rischio. Il basso livello di istruzione della madre (inferiore alla licenza elementare) e la disoccupazione del padre sono associati 78 volte (28,1%).

Tab. 1. Caratteristiche sociali dei genitori

Caratteristiche sociali	Numero	%
Famiglia monoparentale	14	4,9
Età della madre <20 anni	39	14
Livello istruzione della madre <lic. elementare	163	58,4
Padre disoccupato	118	42,2
Indice di affollamento/vano <1	23	8,0
Coabitazione con i nonni	40	14,5
Nomade o extracomunitario	14	5,2

I bambini che accedono al PS pediatrico del DEA dell'Azienda ospedaliera A. Cardarelli di Napoli in massima parte hanno indicatori di rischio sociale, dimostrando che l'accesso al servizio di emergenza pediatrico è una modalità abbastanza caratteristica di gruppi a rischio (le madri con età inferiore a 20 anni sono state il 14% - in Italia sono il 3,3%, a Napoli il 3,5%; le mamme con un livello di istruzione inferiore alla 5 elementare il 58,4% - in Italia sono il 20%, a Napoli 33,3%).

Le malattie rilevanti o per le quali erano necessarie prestazioni sanitarie urgenti sono state 68 (24,4%) quelle non rilevanti 211 (75,6%). Per quanto riguarda le differenze socioeconomiche nell'utilizzazione inappropriata del pronto soccorso i risultati vengono illustrati nella **tabella 2**. Il rischio relativo di accesso inappropriato ai servizi d'emergenza risulta di 3,87, con un intervallo di confidenza al 95%: [2,30; 6,53], nelle famiglie a rischio sociale rispetto a quelle in cui non è presente alcun indicatore di rischio.

È noto che qualsiasi tentativo di intervento in occasione delle

Tab. 2. Differenze socioeconomiche nell'utilizzo inappropriato del PS

	Accesso appropriato	Accesso non appropriato	Totale
Bambini a rischio sociale	30 (13%)	200 (87%)	230 (82,4%)
Bambini non a rischio sociale	38 (77,5%)	11 (22,4%)	49 (17,6%)
Totale	68 (24,4%)	211 (75,6%)	279

prestazioni d'urgenza, teso ad aumentare la compliance dei genitori indirizzandoli verso servizi più appropriati, non produce risultati soddisfacenti (5,6).

Per ottenere una riduzione dell'accesso inappropriato ai servizi d'emergenza sono necessari interventi integrati di tipo territoriale che si occupino sia degli aspetti sanitari che sociali, in quanto è ormai riconosciuto che sono le caratteristiche sociali delle popolazioni la causa di tale fenomeno (7,8). ■

Bibliografia

1. Neal Halfon et al. Routine emergency Department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics* 1996;98:28-34
2. B.W.J. van der Meer et al. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a dutche population: the contribution of health status. *Health Policy* 1996;37:18
3. V.T. Chande et al. Educational interventions to alter pediatric emergency department utilizations patterns. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1996;150:5
4. R.Y. Scarfone et al. Non compliance with scheduled revisits to a pediatric emergency department. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1996;150:9
5. K.J. Kemper Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *New Engl. J. Med.* 1988;318,1033
6. L.A. Aday et al. Health care in the U.S.: equilibrate for whom? *Beverly Hills, ca. sage publications, 1980*
7. S. Manetti, G. Cirillo, P. Siani Disagio e rischio psicosociale nell'utilizzazione dei servizi. In: Il bambino a rischio sociale. A cura di G. Tamburlini, G. Cirillo, P. Siani; *ESI Napoli 1996.*
8. G. Cirillo Variazioni negli indici di ospedalizzazione infantile. *Medico e bambino* 1994;5:34





Il trattamento della Dacriostenosi congenita

Paolo Perissutti, Fulvio Parentin
Istituto "Burlo Garofolo", Trieste

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 12-13

Obiettivi

Valutare l'età di intervento ottimale nella stenosi congenita delle vie lacrimali.

Metodi

Sono stati inclusi nello studio 77 bambini di età compresa tra 5 e 40 mesi, equamente divisi in due gruppi, sottoposti per la prima volta a sondaggio ed irrigazione delle vie lacrimali.

Risultati

Nel primo gruppo di 37 soggetti (49 occhi) operati entro il 12° mese si sono avute recidive nel 10.8% dei casi (14.3% degli occhi) mentre nel secondo gruppo di 40 bambini (53 occhi) trattati dopo l'anno di età le ricadute sono state del 5% dei casi (3.8% degli occhi).

Conclusioni

I dati confermano che è bene attendere prima di intervenire chirurgicamente nella stenosi congenita delle vie lacrimali ed il Pediatra deve quindi iniziare con una terapia conservativa (massaggio del sacco lacrimale).

Parole chiave Dacriostenosi congenita

Per corrispondenza:

Paolo Perissutti,
E-mail: perissut@burlo.trieste.it

Introduzione

Il problema che vogliamo affrontare si riferisce all'età di intervento nella stenosi congenita delle vie lacrimali. Tale patologia è piuttosto frequente, ricorrendo nel 2-6% dei neonati. Esistono a tutt'oggi diverse teorie riguardo alle modalità del trattamento, medico e chirurgico, e soprattutto riguardo al "timing" dell'intervento chirurgico. Alcuni autori suggeriscono di ricorrere ad una terapia conservativa, rappresentata dall'esecuzione giornaliera di "massaggi idrostatici" del sacco lacrimale e dall'assunzione di antibiotici topici in caso di complicanze settiche (epifora complicata da secrezione mucopurulenta); tale atteggiamento andrebbe proseguito fino al 12°/13° mese. Con l'uso della sola terapia conservativa, questi Autori riportano una risoluzione della sintomatologia in più del 90% dei casi all'anno di vita, riservando quindi il trattamento chirurgico, rappresentato dal sondaggio delle vie lacrimali, soltanto ai soggetti che, nel primo anno di vita, non hanno risposto alla terapia medica. Secondo altri Autori il trattamento conservativo andrebbe addirittura proseguito anche durante tutto il secondo anno di vita, mentre, al contrario, altri ancora raccomandano il ricorso ad un trattamento chirurgico già nei primi mesi di vita, riportando in tal modo una risoluzione del quadro clinico entro il 12° mese in oltre il 95% dei casi. Secondo quest'impostazione, il rinvio dell'atto chirurgico ad età superiori all'anno di vita è ritenuto causa non solo di fastidi per il paziente e per i familiari, ma anche di un aumentato rischio di dacriocistiti, celluliti orbitarie e fistole, oltre che di flogosi ripetute e conseguente fibrosi secondaria delle vie lacrimali, pregiudizievole per il buon esito di un sondaggio.

Viene inoltre riportato che il 13° mese rappresenta l'età soglia oltre la quale i casi di recidiva, dopo il primo sondaggio, aumentano progressivamente con l'età; di diverso avviso sono invece altri Autori, secondo i quali il primo sondaggio risulta curativo in oltre il 90% degli occhi anche in soggetti di età superiore ai 13 mesi.

Il contrasto tra questi risultati si ripercuote ampiamente sulla condotta clinica. Se, infatti, appare evidente che in tutti i casi la prima terapia prescritta sarà quella conservativa, non altrettanto chiaro appare il momento nel quale effettuare il sondaggio, con il minimo rischio di recidiva.

Obiettivi

Per valutare quale delle impostazioni debba essere considerata più corretta, abbiamo analizzato i risultati ottenuti in 77 soggetti di età compresa tra 5 e 40 mesi e sottoposti per la prima volta a sondaggio ed irrigazione delle vie lacrimali presso il nostro Istituto. Abbiamo suddiviso i pazienti in due gruppi a seconda dell'età al momento dell'intervento: il primo gruppo era costituito da 37 soggetti (49 occhi) operati entro il 12° mese, il secondo da 40 bambini (53 occhi) trattati dopo l'anno di età. Il nostro protocollo non prevedeva l'esecuzione dell'intervento prima del VI mese di vita; le indicazioni erano rappresentate dalla persistenza della sin-

tomatologia oltre l'anno di vita nonostante il trattamento medico-conservativo. Abbiamo tuttavia eseguito l'intervento anche in età inferiore ai 6 mesi quando il quadro clinico era particolarmente imponente o nel caso di una precisa richiesta da parte dei genitori; va infatti sottolineato come il rapporto medico-genitori appare uno dei fattori fondamentali per la scelta del tipo di trattamento. Anche se i genitori non hanno la preparazione sufficiente per una scelta motivata, il medico deve sforzarsi ad ogni visita di fornire la più ampia informazione sulle possibili opzioni terapeutiche, ma allo stesso tempo deve valutare il livello di "compliance" familiare per proseguire con la terapia conservativa o passare alla chirurgia.

Risultati

Nella nostra casistica abbiamo riportato complessivamente una recidiva nel 7,8% dei casi (8,8% degli occhi). Per quanto riguarda gli interventi eseguiti nel primo anno di vita, abbiamo riscontrato recidive nel 10,8% dei casi (14,3% degli occhi). Si sono invece avute ricadute nel 5% dei casi (3,8% degli occhi) nei bambini operati dopo l'anno di vita.

Non abbiamo riportato altre complicanze.

Conclusioni

I dati che emergono dal nostro studio permettono quindi di affermare che intervenire chirurgicamente al di là del primo anno non peggiora la prognosi del primo sondaggio. Pertanto di fronte ad un soggetto con dacriostenosi congenita appare corretto iniziare con una terapia conservativa, rappresentata dal massaggio del sacco lacrimale, e dall'uso topico di un antibiotico in collirio (ad esempio tobramicina) in presenza di sovrainfezione, da protrarre per almeno 4/6 settimane. Se dopo tale periodo la sintomatologia non è regredita completamente, è giustificato ricorrere al sondaggio, possibilmente non prima del VI mese di vita, quando più difficile ne è l'esecuzione, come pure appare giustificato riprendere la terapia medica se i genitori preferiscono quest'opzione, potendo intervenire chirurgicamente con uguali risultati anche successivamente. Crediamo infine che l'opzione chirurgica sia l'unica possibile dopo il compimento del II anno di vita. ■

Bibliografia

- S. Da Pozzo, S. Pensiero, P. Perissutti Management of congenital nasolacrimal duct obstruction. Timing of probing. *Minerva Pediatr.* 1995;47:209-13
 S. Sharma Congenital nasolacrimal duct obstruction. *Can Fam Physician.* 1998;44:2085-2095
 B. Fayet et al. Monocanalicular nasolacrimal duct intubation. *Ophthalmology* 1998;105:1795-6
 R.M. Robb Success rates of nasolacrimal duct probing at time intervals after 1 year of age. *Ophthalmology* 1998;105:1307-9
 J. Zwaan Treatment of congenital nasolacrimal duct obstruction before and after the age of 1 year. *Ophthalmic Surg Lasers* 1997;28:932-6.
 J. Zwaan The anatomy of probing and irrigation for congenital nasolacrimal duct obstruction. *Ophthalmic Surg Lasers* 1997;28:71-3.



ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI INCONTRO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI MATERNO-INFANTILI

Todi, Sabato 10 aprile 1999,
Sala del Consiglio Comunale

I Dipartimenti materno-infantili sono stati realizzati in un numero oramai non piccolo di sedi. I problemi che si pongono quotidianamente ai dirigenti meritano di essere affrontati non più singolarmente ma con la conoscenza di quanto avviene nel più vasto campo nazionale. Questo incontro vuole essere una prima presa di contatto fra i dirigenti estesa ovviamente a chi è interessato al problema.

I PROBLEMI

- ore 09.00 Introduzione (C. Vannini, Perugia)
 - I bisogni di assistenza ed i modelli organizzativi possibili per affrontarli (G. Tamburlini, Trieste)
 - Un rapporto difficile: Dipartimento M.I. e distretti (M. Farneti, Cesena)
 - L'attribuzione del Budget: al Dipartimento o al Distretto? (G. Ferretti, Roma)
 - La metodologia di lavoro: operare per progetti (P. Ghiotti, Torino)

LE SOLUZIONI DATE AI PROBLEMI

- ore 14.30 Commenti al come, nelle varie sedi, sono stati affrontati i Problemi di cui sopra.
 - La Basilicata (N. D'Andrea)
 - Il Lazio (M.E. Trillò)
 - Il Piemonte (A. Ravaglia)
 - La Romagna (A. Alberti)
 - L'Umbria (C. Vannini)
 - Il Veneto (V. Murgia)
 - Altre esperienze

LE PROPOSTE

- La formazione dei dirigenti e del personale (Gruppo di lavoro ACP)
 - Un'associazione dei D.M.I. (C. Vannini)
 - Conclusioni (G.C. Biasini, Cesena)

Informazioni:

Dr. Carlo Vannini tel 075/88 58 254/252, oppure ritagliare e spedire la sottostante scheda al Dr. Carlo Vannini Ospedale Todi Marsciano (PG).
 Sono interessato ad avere informazioni sul convegno "Incontro Nazionale dei D.M.I."

Cognome

Nome

Indirizzo

Tel.

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Un paginone del *Corriere della Sera*, dedicato a questo libro, ci ha invogliato a leggerlo. Si tratta di un volume con testi su Dio ed interviste ad alunni delle mitiche scuole elementari e scuole dell'infanzia di Reggio Emilia. Non è descritta la metodologia della raccolta delle testimonianze, ma le domande rivolte ai bambini erano: Sai chi è Dio?, Chi te ne ha parlato?, Che fa Dio nel tempo libero? ecc. I testi, in risposta alle domande, sono veramente bellissimi. Solo qualche esempio: "Dio fa ogni cosa con le mani: si concentra e crea. Per forza Dio è magico". "Quando i discepoli sono entrati nella tomba hanno visto che era rimasta solo la sua vestaglia". "In casa di un mio amico hanno rubato. Dio forse avrà guardato da un'altra parte e non avrà visto". "C'è poco da fare se vengono i ladri. Di sicuro lui li punirà, anche se la polizia non li becca". "La maestra ci sgrida se non siamo attenti e così Dio. Però lui non mette le note". "Lui vede tutto. Dall'alto però; ho paura che non si vede bene". "Perché non vieni ancora a giocare con noi bambini; io non ti ho mai sognato; perché?". L'obiettivo del volumetto, dichiarato anche nel sottotitolo "saggio sulla spiritualità infantile", è di mettere in luce l'immagine che la cultura della società ha infuso nell'immaginario del bambino e che il bambino ha fatto suo e, per così dire, bambinizzato. L'autrice si diffonde in una lunga opera di spiegazione (il "saggio" per l'appunto) dei testi e di interpretazione dei medesimi.

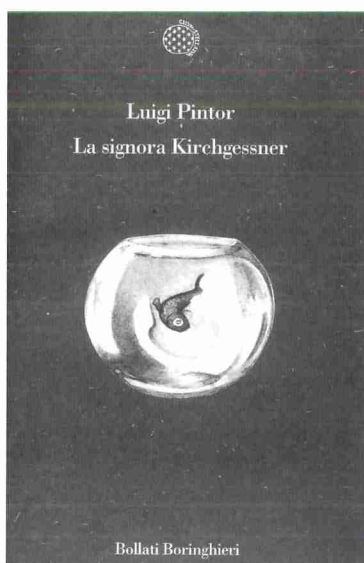
Questa parte ci è sembrata francamente molto ridondante e non di rado ripetitiva. Quelle parti del volumetto dove i testi sono brevemente commentati corrono via piacevoli e sorridenti: nelle altre i frammenti, altrettanto freschi e sorridenti, sono annegati in considerazioni e commenti di dimensioni sproporzionate che attardano la lettura.

Ci è venuto in mente "Io speriamo che me la cavo" dove l'autore ha lasciato parlare i bambini e solo loro, senza pensare che c'era qualcosa da spiegare.

Che cosa poi in fondo?

G.C. B.

Pina Tromellini *Cosa pensano i bambini di Dio*. Salani Editore, Firenze, pp. 158, Lit. 22.000



Il 1799 fa litigare destra e sinistra, "giacobini" e "revisionisti": la rivoluzione napoletana di quell'anno è da buttare o da tenere tra le memorie della storia italiana?

I giornali ne stanno dibattendo in questi giorni, anche in merito alla costituzione del megacomitato per i festeggiamenti, che sembra essere pervaso da un eccesso di retorica sulla rievocazione dei fatti del '99 napoletano. La celebrazione della rivoluzione partenopea, tragicamente soffocata nel sangue, viene vissuta da molti come la definitiva resa dei conti della sopravvalutazione del mito della "repubblica dei filosofi", che si è forgiato negli anni sul *Saggio* di Vincenzo Cuoco, basato sulla contrapposizione tra repubblicani e plebe, che nel caso napoletano avrebbe assunto dimensioni quasi spettacolari oltre che drammatiche. Non per partecipare a questo baillame giornalistico-politico, ma per toccare con mano la questione è piacevolissimo leggere il romanzo *Il resto di niente*. È la storia del nulla, una speranza, un'azione, un fallimento (profondamente tragico) di una rivoluzione, che si svolge sullo sfondo di uno scenario incantevole, di una vitalità inesauribile, a volte disperata, a volte ilare: è il più bell'affresco della città di Napoli, della vita della città, della vita stessa che continua. Personaggio centrale è un'affascinante donna, la marchesa Eleonora Pimentel de Fonseca, poetessa, scrittrice e una delle prime giornaliste europee, che vive a Napoli tra gli splendori e le miserie della corte, l'amicizia degli intellettuali liberali e le sofferenze del popolino. Nella città capitale dei Borboni si festeggia il Capodanno 1793 in maniera assolutamente inconsueta "Al primo minuto dell'anno nuovo esplose il coro, rauco e sbrindellato, della

Marsigliese - *Quando penso che in Francia la cantano alle esecuzioni capitali...*. Nella postilla l'Autore lo definisce un romanzo "storico", non una biografia, né una vita romanizzata, ma nel senso manzoniano (*"Lo scrittore deve profittare della storia, senza mettersi a farle concorrenza"* Lettera a Fauriel di A. Manzoni). Nel risvolto di copertina vengono riportati stralci di commenti lusinghieri al libro, l'ultimo (ma anche gli altri) è a pieno condivisibile: "Questo romanzo è un autentico capolavoro. Basteranno le prime pagine a convincervi..."

N.D.

E. Striano *Il resto di niente*. Avagliano editore, 1998, pp. 408, Lit. 22.000

La signora Kirchgessner. Chi è? Una musicista virtuosa e cieca, che rallegrò le aristocrazie del '700 con la *glasharmonika*. Del cristallo della musicista le parole di Pintor hanno la stessa nitidezza. È il suo secondo libro, sempre autobiografico, dopo "Servabo", fatto di poesia e di politica, un malinconico racconto di illusioni e dolori, a partire da una profonda speranza: "Si può essere pessimista riguardo ai tempi e alle circostanze, riguardo alle sorti d'un paese o di una classe, ma non si può essere pessimisti riguardo all'uomo". Ogni breve capitolo di questo libro è una riflessione sobria, molto spesso richiama alla memoria persone care che sono morte (gli amici, il fratello morto in Spagna, il figlio), con il desiderio di riportarle in vita, anche per riequilibrare le emozioni vissute al momento della loro perdita: "Non piansi affatto e continui a giocare sentendo di essere molto cattivo di cuore. Non so se fosse vero o se abolivo la morte". Pintor mette a nudo un'anima, la sua, ma anche un periodo storico, o meglio, ciò che di quel periodo rimane: le grandi illusioni, la mal riposta fiducia nei cambiamenti rivoluzionari, il bisogno di avere progetti con i quali mutare il corso delle cose. Salvo poi rendersi conto che il più forte prevarica sempre, che una dittatura, per esempio, fa sì che l'aria delle strade sembri "rubata", ma "i buoni proponimenti sono un polline che non fiorisce mai, ma profuma l'aria". Oggi, al tramonto, emerge l'animo di Pintor, uomo di cultura e con ironia annota: "Vladimir Illic sconsigliava la musica perché distrae la mente e intenerisce i cuori e i cinesi redigevano risoluzioni contro Franz Schubert accusandolo a torto di malinconia. Questo può spiegare l'esito delle maggiori rivoluzioni del secolo".

N.D.

L. Pintor *La signora Kirchgessner*. Bollati Boringhieri, 1998, pp. 148, Lit. 18.000

Calanda è un villaggio sperduto, luogo di nascita del regista Bunuel, ma nel mondo non ha fama né per la nascita del regista, né per un evento che si verificò colà 400 anni fa. Nella metà del 1600 Calanda fu sede, infatti di uno dei miracoli più clamorosi: la ricrescita di una gamba a Miguel Juan Pellicer. La gamba era stata amputata per cancrena dopo che era stata schiacciata da un carro; dell'amputazione i chirurghi recarono, nei loro documenti, precisa testimonianza. Altre testimonianze vennero dai compaesani di Pellicer, dagli abitanti di Saragozza che lo videro tutti chiedere l'elemosina di fronte alla chiesa della *Virgen del Pilar* e da tanti altri. La gamba ricrebbe ("all'improvviso") tre anni dopo l'amputazione. Un notaio certificò il fatto dopo poche ore (questo lascia un poco interdetti: poche ore dopo un evento così sconvolgente nella vita di un uomo questi corre dal notaio?) ed altrettanto fece il Procuratore di giustizia di Calanda. La chiesa, tradizionalmente prudente, lo riconobbe, ma l'evento restò (e resta) quasi sconosciuto pur essendo il tipico miracolo che, per la sua "incredibilità-impossibilità" i *razionalisti* hanno sempre pensato che sarebbe stato decisivo per dimostrare la reale esistenza degli eventi miracolosi. Del resto viene da pensare che se si fosse trattato di un "procurato miracolo" l'enfasi che si sarebbe fatta attorno a questo sarebbe stata ben maggiore. Abbiamo saputo di questo evento attraverso un libro di Messori che ha dedicato gran parte del suo tempo alla sua riscoperta che risulta effettivamente dotata di una documentazione estesissima. Se ci saranno contestazioni da parte dei razionalisti ve lo sapremo dire, ma ripetiamo che la documentazione è veramente straordinaria. Anche per un razionalista.

G.C. B.

Vittorio Messori *Il miracolo*. Ed. Rizzoli Milano, pp. 254, Lit. 28.000





Nessuno
scrive al colonnello

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 16-17

Pochi pediatri ancora prendono la parola a proposito del codice di autoregolamentazione proposto nel recente Congresso Nazionale ACP. Quest'articolo, insieme alla lettera di Rosario Ferracane che pubblichiamo a pagina 32 di questo stesso numero, analizza le ragioni strutturali ed economiche di questa "difficoltà" a fare di ognuno di noi un vero promotore del "codice".

Per corrispondenza:
Alfredo Pisacane,
E-mail: pisacane@unina.it

A proposito del "codice" di autoregolamentazione

Lettera aperta a un pediatra: per riflettere insieme

Alfredo Pisacane

Dipartimento di pediatria Università degli Studi di Napoli

Caro collega,
nel recente Congresso Nazionale ACP di Taormina di fine ottobre il tema dei rapporti con l'industria è stato a lungo dibattuto, senza che si sia giunti, per il momento, ad un consenso su di un codice di autoregolamentazione. Una delle difficoltà di raggiungere posizioni unitarie e chiare risiede, forse, nel timore di perdere benefici importanti relativi all'aggiornamento ed alla formazione continua? È su quest'aspetto che vorrei riflettere con te, per motivare la mia convinzione della indifferibilità di un'autoregolamentazione. L'esempio che svilupperò si riferisce ai rapporti con l'industria di prodotti alimentari per l'infanzia, ma un discorso analogo, anche se con risvolti etici ed economici diversi, si potrebbe fare relativamente alle industrie produttrici di farmaci.

1. Aspetti economici

Ogni anno in Italia nascono circa 500.000 bambini, dei quali circa il 25-30% non è mai allattato al seno. Di quelli che ricevono il latte materno, solo il 10-15% giunge al sesto mese con un allattamento al seno esclusivo. Ciò significa che la maggioranza dei lattanti ricevono, per un certo numero di mesi, una formula di partenza.

Sono queste formule quindi che costituiscono la fetta maggiore del fatturato delle industrie di alimenti per l'infanzia, anche perché i lattati di proseguimento ed i cereali arricchiti con ferro, specialmente in Italia meridionale, sono ancora scarsamente utilizzati.

Volendo fare un calcolo rapido, approssimativo e per difetto, se stimiamo che del mezzo milione di nati 300.000 prendano tre mesi di formula con un costo di circa 500.000 lire per ogni lattante, avremo una spesa di circa 150 miliardi l'anno solo per le formule di partenza.

2. Aspetti sociali e comportamentali

Le madri che cominciano l'allattamento al seno sono, come dicevamo più sopra, circa il 70-75% del totale. Circa la metà di queste madri, però, allatta al seno per meno di tre mesi e una minoranza raggiunge i sei mesi di allattamento. In una recente indagine, svolta in collaborazione con molti tuoi colleghi in Campania ed in Umbria, abbiamo chiesto alle madri che avevano cominciato l'allattamento, ma che lo avevano sospeso prima del terzo mese, i motivi della sospensione ed i consigli ricevuti dal pediatra di base in tale occasione. L'intera pubblicazione è disponibile a chi fosse interessato (1) (in breve: la convinzione di avere poco latte è stata la principale causa di sospensione dell'allattamento, l'87% dei pediatri non ha fornito alcun consiglio specifico per superare la crisi e si è limitato a prescrivere la supplementazione di una formula. La maggioranza delle madri intervistate ha riferito che, potendo, avrebbe desiderato continuare l'allattamento al seno).

3. Aspetti sanitari

Le cosiddette crisi di lattazione (*transient lactation crises* degli autori inglesi) rappresentano la principale causa di sospensione dell'allattamento nei paesi industrializzati (2). Sono momenti di difficoltà della madre, legati in genere a stress fisico o psicologico, nei quali la produzione di latte è quasi sempre realmente diminuita, il bambino è molto irritabile e lo sconforto di tutta la famiglia diventa notevole. Fonti autorevoli (3) sostengono che è possibile superare tali momenti di crisi e continuare con successo l'allattamento aumentando la frequenza delle poppate (perché ciò stimola la produzione di latte) e assicurando maggiore tranquillità e supporto alla madre; un controllo del peso dopo 3-4 giorni rassicurerà genitori e

pediatra, o convincerà entrambi della necessità di aggiungere una formula nel caso che il peso non sia adeguatamente aumentato - circa 15-20 g. al giorno - in questo periodo. La maggioranza di tali crisi si verifica tra il primo ed il terzo mese di vita. L'importanza per la salute infantile di un allattamento al seno prolungato ben oltre il terzo mese, ovviamente tra le madri che lo desiderano, è oramai così largamente accettata che non necessita di ulteriori commenti o raccomandazioni (4).

4. Aspetti culturali

Né la Facoltà di medicina, né la scuola di specializzazione, né i convegni, né i corsi di aggiornamento cui partecipiamo ci hanno insegnato come sostenere una madre che desidera allattare né come gestire una "crisi di lattazione". Non è solo un limite tuo, ma di tutti i medici dei maggiori paesi industrializzati (5): i pediatri che sanno qualcosa di allattamento (qualcosa di pratico intendo dire) sono quelli che hanno allattato o che hanno una moglie che ha allattato. Per tale motivo, è quasi impossibile (se non hai partecipato ai corsi di formazione organizzati dal gruppo triestino di Cattaneo, Davanzo e Quintero o dal sottoscritto a Napoli) che tu possa gestire una crisi senza rapidamente ricorrere alla prescrizione di una formula. Magari, non una formula a caso, ma, dato che una equivale all'altra, quella della ditta che garantisce l'aggiornamento.

5. Aspetti etici

Non c'è convegno o riunione scientifica alla quale la maggioranza dei nostri colleghi (ospedalieri, universitari o territoriali) partecipino senza che le spese siano coperte da una delle ditte di prodotti alimentari per l'infanzia. Nonostante ciò sia espressamente vietato dal Codice Internazionale dell'OMS (legge in Italia dal settembre 1994), quello dei regali agli operatori è un aspetto poco dibattuto e scarsamente esplorato, forse perché mascherato da una facciata culturale apparentemente neutra e nobile (chi potrebbe dire che l'aggiornamento non è utile?) o forse perché anche i migliori tra noi chiudono gli occhi di fronte a cause di forza maggiore: "Chi pagherebbe i convegni se non ci fossero le ditte"? Avviene così che nella lista dei partecipanti ad un convegno, in qualsiasi albergo che lo ospita, ci sia

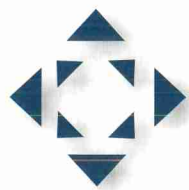
il nome della ditta sponsor al fianco dello sponsorizzato. In molti casi questa collaborazione della ditta si estende all'attrezzatura sanitaria dello studio, a strumenti informatici, ad altri beni di consumo. Un'indagine che sto conducendo con alcuni colleghi pediatri di base mostra che si trova in questa situazione oltre il 90% dei pediatri (di base e non) intervistati: ciò significa che l'aggiornamento di quasi la totalità degli operatori del nostro sistema sanitario è affidato all'industria. Certo, è una quota minuscola di quei 150 miliardi di cui sopra che viene investita per attività promozionali, ma, personalmente, sono convinto che si tratti di un investimento oculato. Ma tentiamo di capire i risvolti etici di ciò. Se ne parla in fondo spesso tra noi. "Che faccio di male? Io consiglio l'allattamento al seno, ma, quando devo prescrivere un latte, scelgo quello X: che c'è di male? Il problema, vedi, non è scegliere un latte anziché un altro, ma di superare la crisi di lattazione senza utilizzare alcun latte. Purtroppo in questo, caro collega, sei lasciato solo, in quanto nessuno dei convegni cui partecipi affronta questo argomento: se vuoi sapere qualcosa sul vaccino universale, troverai 15 convegni l'anno; se desideri aggiornarti sulla cefalosporina di 5ª generazione per il "microbo che ancora non c'è" ne troverai ancora di più. Se cerchi invece un posto dove qualcuno ti mostri in pratica come sostenere una donna che ha difficoltà con l'allattamento, incontrerai difficoltà molto grandi. E sei lasciato solo due volte, in quanto l'istituzione pubblica, che alla tua formazione e aggiornamento dovrebbe essere molto interessata, programmando attentamente e valutando periodicamente su cosa ti aggiorni e quali sono le ricadute del tuo aggiornamento, è invece del tutto assente su questo.

Non hai notato che la contrattazione articolata del tuo nuovo Accordo Nazionale di lavoro si è conclusa, ma l'articolo 8 sull'aggiornamento continuo in molte situazioni non è ancora stato affrontato? Ed è tale articolo che probabilmente potrebbe iniziare a dare alcune risposte alle problematiche di cui sopra. **È sacrosanto che il tuo aggiornamento debba essere gratuito**, ma è ugualmente necessario che sia obbligatorio e che i temi siano stabiliti insieme alle autorità regionali ed aziendali su quelle che sono

ritenute priorità di salute pubblica. Personalmente ritengo che sia passato il tempo dei convegni generali, specialmente di quelli su argomenti di limitata importanza epidemiologica; gli incontri di aggiornamento devono essere di lavoro pratico, in piccoli gruppi, su argomenti rilevanti per la salute dei bambini e degli adolescenti, finalizzati a risolvere le "emergenze" (gruppi con bisogni speciali, malattie croniche, disabilità, disagio, ecc.) su cui tutti noi siamo in forte ritardo. I convegni come momento mondano, come opportunità per visitare una località non ancora conosciuta, come passerella o come immagine personale, penso vadano conclusi. Come vanno fatti i conti con l'indotto di agenzie di viaggi, alberghi, ristoranti, attività per accompagnatori, che con la salute del bambino non c'entrano proprio niente. Pensi che se tu riuscisci a risolvere il 70% delle crisi di lattazione e prescrivessi il 70% in meno di formula saresti invitato e sponsorizzato? È esattamente per questo motivo che la tua partecipazione ai convegni rappresenta un conflitto di interesse (anche se all'apparenza non sembra) con la promozione dell'allattamento al seno. È come se qualcuno ti premiasse per il tuo "non far niente", per quella prescrizione di formula, in occasione di una crisi di lattazione, che è un arrendersi prima di tentare qualsiasi lotta. Ed è per questo stesso motivo che il codice di autoregolamentazione, come ti dicevo all'inizio di questa, troppo lunga lettera, va approvato in modo rapido e senza ambiguità e deve costituire una sfida scientifica, oltretutto etica, per un sistema sanitario che deve cominciare a considerarti una risorsa troppo preziosa per delegare ad altri la tua formazione permanente. ■

Bibliografia

1. Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria Interuniversitaria. Indagine sull'allattamento materno in Campania ed in Umbria. 1995.
2. C. Hilleryik-Lindquist Studies on perceived breast milk insufficiency. *Acta Paediatr Scand* 1991 Suppl 376:1-27.
3. OMS/UNICEF. Breast-feeding counselling: a training course. 1997.
4. AAP. Workgroup on breast-feeding. Allattamento al seno e impiego del latte materno. *Pediatrics* (it) 1998;10:89-93.
5. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J et al. National assessment of physicians' breast-feeding Knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273 :472-6.



Dal famoso dottore

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 18

Anton Germano Rossi

Questa rubrica, curata da Franco Dessì, riporta pagine di scrittori più o meno famosi dedicate ai medici. L'ironia è di solito alla base delle pagine che Franco Dessì ha scelto per noi. Il testo di questo numero è tratto da: "Porco qui! Porco là!" di Anton Germano Rossi, Edizioni Corbaccio, Milano 1934

- Buon giorno, disse il famoso dottore scorgendo entrare il vecchio cliente col proprio figliuolletto: ancora il bambino?
- Purtroppo, rispose il vecchio cliente indicando il figliuolletto, è sempre lo stesso: ogni volta che gli si dà una bastonata in testa si mette a gridare...
- Ancora!?! domandò il famoso medico.
- È strano, aggiunse poi riflettendo impensierito.
- Che gli ho a dire... esclamò il vecchio cliente allargando le braccia sconcolato.
- Basta dargli un colpo di bastone nella testa che grida come un indemoniato... io non so proprio più che pensare...
- Si faccia coraggio lo confortò il famoso medico
- Adesso vedremo.
- Vieni qua caro, disse al figliuolletto.
- Guarda qua eh?! ammonì dandogli improvvisamente un secco colpo di bastone sulla testa.
- Ahi! Ahi! Gridò disperatamente il figliuolletto.
- Lo vede? disse il vecchio cliente disperato, guardando il dottore
- Cosa crede che sia?
- Ma... rispose il famoso dottore storcendo la bocca impensierito.
- Certo... è un fatto strano... Ha provato a darglieli sulla fronte? domandò poi...
- Come no? disse il vecchio cliente.
- È lo stesso... c'è la mamma che è disperata...
- Lo credo bene! approvò il famoso dottore.
- Dica un po', disse: che lei sappia, nella sua famiglia c'è stato mai nessun altro che quando gli davano delle bastonate sulla testa si metteva a gridare?... Il nonno, ammise il vecchio cliente.
- Mio padre, ma da ragazzo... Come si spie-
- ga? domandò ancora.
- Che le devo dire? Ad ogni modo vedremo! aggiunse poi afferrando dolcemente il figliuolletto e tenendolo fra le ginocchia.
- No! No! gridò il figliuolletto cercando di svincolarsi.
- Stai buono caro! supplicò il vecchio cliente trattenendolo con le mani
- È per il tuo bene.
- Se si muove è inutile, sa! avvertì il famoso medico rivolto al vecchio cliente e prendendo lentamente una corta mazzetta di legno.
- Stai buono, andiamo... supplicò il vecchio cliente al figliuolletto facendo la faccia severa
- Poi ti compro il cavalluccio, aggiunse amorevolmente.
- Fermo eh! ordinò il famoso dottore ammolando al figliuolletto un colpo rapido tra capo e collo.
- Ahi! Ahi! gridò il figliuolletto cercando disperatamente di svincolarsi.
- Per adesso non c'è niente da fare sa! disse il famoso medico scuotendo la testa e liberando il figliuolletto
- Provi un po' a dargli un cucchiaino di questa roba aggiunse lavandosi le mani e mettendosi a scrivere una ricetta.
- Certo è una cosa che bisogna starci molto attenti!
- Ma guarda un po' disse addolorato il vecchio cliente, tentennando la testa e accarezzando il figliuolletto.
- Ma quando è grande ci sarà pericolo?
- No! assicurò il famoso medico consegnando la ricetta.
- Verso i quindici anni gli passa... ma certo che se prende una bastonata molto forte griderà sempre.
- Hai capito! esclamò sconsolatamente il vecchio cliente. ■

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ ZINNAT - ZINNAT P

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA IN PRINCIPI ATTIVI ED ECCIPIENTI

Una compressa rivestita da 125 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 150,36 mg, (pari a Cefuroxima 125 mg). **Eccipienti** Cellulosa microcristallina 47,51 mg, Sodio carbosimetilcellulosa 20,00 mg Sodio laurilsolfato 2,25 mg, Olio vegetale idrogenato 4,25 mg, Silice precipitata 0,63 mg, Idrossipropilmetilcellulosa 5,67 mg, Glicole propileno 0,33 mg, Titanio biossido 1,39 mg Sodio benzoato 0,01 mg, Metile p-idrossibenzoato 0,06 mg, Propile p-idrossibenzoato 0,04 mg. **Una compressa rivestita da 250 mg contiene:** Acetossietilcefuroxima 300,72 mg, (pari a Cefuroxima 250 mg). **Eccipienti** Cellulosa microcristallina 95,03 mg, Sodio carbosimetilcellulosa 40,00 mg, Sodio laurilsolfato 4,50 mg, Olio vegetale idrogenato 8,50 mg, Silice precipitata 1,25 mg, Idrossipropilmetilcellulosa 7,56 mg, Glicole propileno 0,44 mg, Titanio biossido 1,86 mg, Sodio benzoato 0,01 mg, Metile p-idrossibenzoato 0,07 mg, Propile p-idrossibenzoato 0,06 mg. **Una compressa rivestita da 500 mg contiene:** Acetossietilcefuroxima 601,44 mg (pari a Cefuroxima 500 mg). **Eccipienti** Cellulosa microcristallina 190,06 mg, Sodio carbosimetilcellulosa 80,00 mg, Sodio laurilsolfato 9,00 mg, Olio vegetale idrogenato 17,00 mg, Silice precipitata 2,50 mg, Idrossipropilmetilcellulosa 18,89 mg, Glicole propileno 1,11 mg, Titanio biossido 4,66 mg, Sodio benzoato 0,01 mg, Metile p-idrossibenzoato 0,18 mg, Propile p-idrossibenzoato 0,15 mg. **Granulato per sospensione estemporanea** - un flacone contiene: Acetossietilcefuroxima 3,00 g (pari a Cefuroxima 2,50 g). **Eccipienti** Acido stearico 17,04 g, Saccarosio 61,40 g, Aromi naturali 2,00 g, Polivinilpirrolidone 0,26 g. Un cucchiaino dose da 5 ml corrisponde a 125 mg di cefuroxima.

3. FORMA FARMACEUTICA

Comprese rivestite - Granulato per sospensione estemporanea (flacone).

4. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE TOSSICOLOGICHE ED ELEMENTI DI FARMACOCINETICA

ZINNAT o acetossietilcefuroxima (1-acetossietil-estere della cefuroxima) è un profarmaco somministrabile per via orale della cefuroxima, antibiotico appartenente alla classe delle cefalosporine, sintetizzato nei Laboratori di ricerca del Gruppo Glaxo. **SPETTRO ANTIBATTERICO E MECCANISMO D'AZIONE** L'acetossietilcefuroxima, quale profarmaco della cefuroxima, è da classificarsi tra le cefalosporine di seconda generazione. L'acetossietilcefuroxima è pertanto molto attiva nei confronti di microrganismi gram-positivi (CMI tra 0,01 e 2 mcg/ml), enterobatteri (CMI tra 1 e 12 mcg/ml) ed altri batteri gram-negativi come l'Haemophilus influenzae (CMI 0,1 - 2 mcg/ml) e la Neisseria gonorrhoeae (CMI 0,1 - 0,5 mcg/ml). (Per informazioni più dettagliate vedere lo spettro d'azione dell'antibiotico). Lo spettro d'azione dell'acetossietilcefuroxima è sostanzialmente comparabile ma non strettamente identico a quello di altre sostanze dello stesso gruppo: come in genere gli antibiotici della seconda generazione la cefuroxima è inattiva contro lo Pseudomonas aeruginosa e alcuni ceppi di Proteus vulgaris e di Serratia spp., sensibili alle cefalosporine di terza generazione. A differenza di quasi tutte le altre cefalosporine di seconda generazione l'acetossietilcefuroxima è attiva per os; per questa sua caratteristica il farmaco può rappresentare un'alternativa alla cefuroxima (non assorbita e somministrabile solo per via parenterale) nei casi meno gravi di infezioni delle vie urinarie (dove il farmaco viene concentrato e raggiunge concentrazioni nettamente superiori ai limiti di sensibilità per i vari germi) e, per le altre infezioni, nei casi di lieve o media gravità ovvero nelle infezioni da germi caratterizzati dai più bassi valori della CMI verso l'antibiotico. (Vedere Indicazioni terapeutiche). ZINNAT (acetossietilcefuroxima) deve la sua attività in vivo al composto originale: la cefuroxima. Esercita la sua attività battericida legandosi a proteine bersaglio ed inibendo la sintesi della parete batterica. La cefuroxima è un farmaco antibatterico, ben noto per la sua efficacia, ad ampio spettro d'azione ed attività battericida nei confronti di una vasta gamma di comuni patogeni, compresi ceppi produttori di betalattamasi. La cefuroxima ha una buona stabilità alle betalattamasi batteriche ed è quindi attiva sui ceppi resistenti alla ampicillina o alla amoxicillina. La cefuroxima è attiva in vitro nei confronti dei seguenti microorganismi: **gram-negativi aerobi:** Haemophilus influenzae (inclusi i ceppi ampicillino-resistenti); H. parainfluenzae; Moraxella (Branhamella) catarrhalis; Escherichia coli; Klebsiella spp.; Proteus mirabilis; Proteus rettgeri; Providencia spp.; Neisseria gonorrhoeae (inclusi i ceppi penicillinasi-produttori); **gram-positivi aerobi:** Staphylococcus aureus e Staphylococcus epidermidis (inclusi i ceppi produttori di penicillinasi ma esclusi i ceppi meticillino-resistenti); Streptococcus pyogenes (ed altri streptococchi beta-emolitici); Streptococchi gruppo B (Streptococcus agalactiae); Str. pneumoniae; **batteri anaerobi:** - cocchi gram-positivi e gram-negativi (inclusi Peptococcus spp. e Peptostreptococcus spp.); - bacilli gram-positivi (inclusi Clostridium spp.); - bacilli gram-negativi (inclusi Bacteroides spp. e Fusobacterium spp.); - Propionibacterium spp. Alcuni ceppi di Streptococcus faecalis, Bacteroides fragilis, Serratia spp. Proteus vulgaris, Morganella morganii, Enterobacter spp. e Citrobacter

spp. sono resistenti a molte cefalosporine compresa la cefuroxima. I seguenti organismi non sono sensibili alla cefuroxima: Clostridium difficile, Pseudomonas spp. Campylobacter spp., Acinetobacter calcoaceticus i ceppi meticillino-resistenti di Staphylococcus aureus e St. epidermidis. **TOSSICOLOGIA** La DL₅₀ varia a seconda della specie animale e della via di somministrazione, come risulta dalla seguente tabella:

Specie	Via di somministrazione	DL ₅₀
Topo	Sottocutanea	> di 3 g/kg
Ratto	Sottocutanea	> di 3 g/kg
Topo	Orale	> di 6 g/kg
Ratto	Orale	> di 6 g/kg
Cane	Orale	> di 3 g/kg

Negli animali in esperimento ZINNAT ha dimostrato di possedere una tossicità subacuta e cronica molto limitata. La cefuroxima, nel corso degli studi eseguiti, ha dimostrato di essere priva di attività embriotossica e teratogena. **FARMACOCINETICA** Dopo somministrazione orale ZINNAT viene assorbito dal tratto gastrointestinale e rapidamente idrolizzato ad opera di esterasi non specifiche nella mucosa intestinale e nel sangue, si libera così cefuroxima in circolo. L'assorbimento ottimale si ha quando il prodotto viene somministrato dopo un pasto. Il picco sierico della cefuroxima si raggiunge dopo circa 2-3 ore dalla somministrazione orale. Il legame sierico-proteico varia dal 33 al 50% a seconda della metodica analitica adottata; l'emivita sierica è di 1-1,5 ore. La cefuroxima non è metabolizzata ed è escreta per filtrazione glomerulare e secrezione tubulare. La somministrazione contemporanea di probenecid aumenta del 50% l'area sotto la curva tempo/concentrazioni ematiche medie.

5. INFORMAZIONI CLINICHE

5.1 Indicazioni terapeutiche Trattamento delle infezioni causate da batteri sensibili, quali: - infezioni delle basse vie respiratorie (bronchiti acute e croniche, polmoniti); - infezioni delle alte vie respiratorie (infezioni otorinolaringoiatriche: otiti medie, sinusiti, tonsilliti e faringiti); - infezioni dell'apparato genito-urinario (pielonefriti, cistiti, uretriti); - infezioni della pelle e dei tessuti molli (foruncolosi, piodermiti ed impetigine); - gonorrea (uretrite acuta non complicata e cervicite) come farmaco di seconda scelta. **5.2 Controindicazioni** Ipersensibilità agli antibiotici della classe delle cefalosporine. **5.3 Effetti indesiderati** Reazioni indesiderate a ZINNAT si sono verificate raramente e sono in genere di natura lieve e transitoria. Come con altre cefalosporine, vi sono state rare segnalazioni di eritema multiforme, sindrome di Stevens-Johnson, necrosi epidemica tossica (necrosi esantematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattie da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito; vi sono state segnalazioni di colite pseudomembranosa, che può insorgere durante o dopo il trattamento. Le principali alterazioni dei parametri ematologici segnalate in alcuni pazienti sono state la diminuzione della concentrazione di emoglobina, leucopenia, neutropenia ed eosinofilia. Sebbene si siano verificati aumenti degli enzimi epatici sierici (SGPT SGOT e LDH) e della bilirubina sierica, in particolare in pazienti con preesistenti malattie epatiche, non vi è evidenza di lesività a livello epatico. Si possono presentare variazioni dei test biochimici relativi alla funzionalità renale, ma queste non sembrano rivestire importanza clinica. La funzionalità del rene dovrebbe essere controllata a scopo precauzionale, in presenza di funzionalità renale alterata. E stata segnalata anche cefalea. Sono stati segnalati casi di anemia emolitica in seguito a trattamento con cefalosporine. **5.4 Speciali precauzioni per l'uso** Le cefalosporine, di solito, possono essere somministrate anche ai pazienti ipersensibili alle penicilline, sebbene siano state segnalate reazioni crociate. Va tuttavia posta particolare attenzione nei pazienti con precedenti di reazioni anafilattiche alle penicilline. Come con altri antibiotici, una terapia prolungata con ZINNAT può causare lo sviluppo opportunistico di germi non sensibili (per esempio Candida, enterococchi, Clostridium difficile) che può richiedere l'interruzione del trattamento. **5.5 Uso in caso di gravidanza e di allattamento** Sebbene non esistano prove sperimentali di effetti embriopatici o teratogenici attribuibili a ZINNAT, come per tutti gli altri farmaci, nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo del medico. La cefuroxima è escreta nel latte materno: è necessaria quindi cautela in caso di somministrazione a donne in allattamento. **5.6 Interazioni medicamentose ed altre** I farmaci che riducono l'acidità gastrica possono far diminuire l'assorbimento del prodotto. **5.7 Posologia e modo di somministrazione** **Adulti** La posologia media consigliata è di 250 mg (comprese o bustine) due volte al dì. Tuttavia, in rapporto alla gravità del singolo caso e secondo la valutazione del medico, la posologia può variare da 250 mg ad 1 g, suddivisi in due somministrazioni giornaliere. Per la terapia della gonorrea non complicata è indicata una singola dose di 1 g. **Bambini** Bambini di età inferiore a 6 anni (sospensione): 20 mg/kg/die in due somministrazioni (nell'otite media acuta: 30 mg/kg/die in 2 somministrazioni). Bambini di età superiore a 6 anni (sospensione o compresse): 250 mg due volte al dì. L'apposito cucchiaino dosatore consente la somministrazione della sospensione una volta ricostituita. Un cucchiaino dosatore pieno (5 ml) corrisponde a 125 mg di cefuroxima. La posologia media consigliata può essere così riassunta: - fino a 2 anni: 5 ml (1 cucchiaino) ogni 12 ore; - 2-4 anni: 7,5 ml (1 cucchiaino e 1/2) ogni 12 ore; - 4-6 anni: 8,75 ml (1 cucchiaino e 3/4) ogni 12 ore; - oltre 6 anni: (2 cucchiaini o una bustina da 250

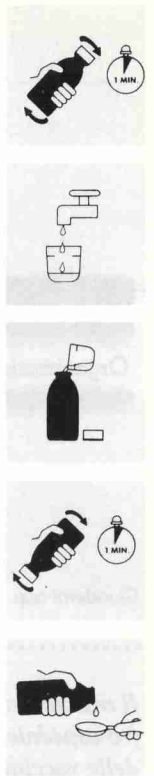
mg) ogni 12 ore. La posologia può variare in rapporto alla gravità del quadro clinico, a giudizio del medico. **Come si prepara la sospensione di Zinnat.** Agitare il flacone prima di aggiungere acqua, per favorire la dispersione del granulato. Riempire con acqua potabile il bicchierino dosatore fino alla riga indicata (37 ml). Aggiungere tutta l'acqua del bicchierino dosatore e richiudere con il tappo. Agitare bene il flacone (circa 1 minuto) per ottenere una completa sospensione della medicina. Assumere la medicina secondo la prescrizione medica, con il cucchiaino dosatore. Per favorire la somministrazione della medicina, possono essere assunti liquidi quali succhi di frutta e latte. Zinnat va assunto preferibilmente dopo i pasti per garantire un assorbimento ottimale. In soggetti con insufficienza renale e clearance della creatinina inferiore a 20 ml/min è indispensabile ridurre la dose o aumentare l'intervallo tra le somministrazioni.

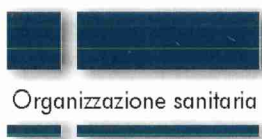
5.8 Sovradosaggio Il sovradosaggio di cefalosporine può causare irritazione cerebrale producendo convulsioni. I livelli sierici della cefuroxima sono ridotti dalla dialisi.

5.9 Avvertenze Virtualmente con tutti gli antibiotici ad ampio spettro (inclusi macrolidi, penicilline semisintetiche e cefalosporine) si sono verificati casi di colite pseudomembranosa: di conseguenza è importante considerarne la causa nei pazienti che presentano diarrea in corso di terapia con antibiotici. Tali forme di colite possono variare da lievi a molto gravi. Il trattamento con antibiotici ad ampio spettro altera la normale flora del colon e può facilitare la crescita dei clostridi. Gli studi effettuati hanno evidenziato che una tossina prodotta da Clostridium difficile è la principale causa della colite associata all'uso di antibiotici. Forme lievi di colite pseudomembranosa rispondono in genere favorevolmente alla semplice interruzione del farmaco. In forme moderate o gravi il trattamento deve includere la sigmoidoscopia, opportune ricerche batteriologiche e la somministrazione di liquidi, elettroliti e proteine. Nei casi in cui la colite non migliori dopo la sospensione del farmaco e nei casi gravi, la somministrazione di vancomicina per via orale costituisce il trattamento di scelta della colite pseudomembranosa da Clostridium difficile indotta da antibiotici. Devono essere escluse altre cause di colite. Sono state segnalate in corso di trattamento con cefalosporine positività talora false dei test di Coombs: ciò può interferire con i test di compatibilità del sangue. L'antibiotico non interferisce con i test enzimatici per la glicemia. Si possono osservare interferenze con i metodi basati sulla riduzione del rame (test di Benedict, di Fehling, "Clinitest"). Ciò non dovrebbe tuttavia condurre a falsi positivi, come si osserva con altre cefalosporine. Si raccomanda di usare i metodi della glucosio-ossidasi o della esochinasi per la determinazione del glucosio ematico nei pazienti trattati con cefuroxima. ZINNAT non interferisce con la determinazione della creatinina nel saggio con picrato alcalino. Tenere fuori dalla portata dei bambini. Sospensione estemporanea: agitare prima dell'uso. **5.10 Effetti sulla capacità di guida e sull'uso di macchine** Il prodotto non influenza la capacità di guida o l'uso di macchine.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Incompatibilità Non sono note incompatibilità con altri farmaci. **6.2 Durata di stabilità** Il prodotto in confezionamento integro e correttamente conservato ha la seguente validità: - compresse: 36 mesi - flacone di granulato per sospensione estemporanea: 18 mesi. Granulato per sospensione estemporanea Una volta preparata con il volume d'acqua indicato, la sospensione può essere conservata per 10 giorni. **6.3 Speciali precauzioni per la conservazione** Non sono necessarie particolari precauzioni per la conservazione. **6.4 Natura del contenitore, confezioni e relativi prezzi** Le compresse sono confezionate in blister alluminio/polietilene. Il granulato per sospensione estemporanea è confezionato in flaconi di vetro ambrato tipo III. Il misuratore per la diluizione e il cucchiaino dosatore sono di polietilene. 12 bustine da 250 mg (come Cefuroxima) Lit. 31.300 12 compresse rivestite da 250 mg (come Cefuroxima) Lit. 31.300 6 compresse rivestite da 500 mg (come Cefuroxima) Lit. 29.800 Granulato per sospensione estemporanea (125 mg/5 ml) Lit. 26.400. **6.5 Ragione e sede sociale del titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio Glaxo S.p.A.** - Via A. Fleming, 2 - Verona. **6.6 Codice del Ministero della Sanità e data di prima commercializzazione** 12 bustine da 250 mg (come Cefuroxima) A.I.C. n. 026915052 Min. San. 12 compresse da 250 mg (come Cefuroxima) Codice n. 026915025 Min. San. 6 compresse da 500 mg (come Cefuroxima) Codice n. 026915037 Min. San. Granulato per sospensione estemporanea (125 mg/5 ml) Codice n. 026915049 Min. San. Le compresse sono in commercio dal dicembre 1990, il granulato per sospensione estemporanea dal marzo 1991. **6.7 Eventuale tabella di appartenenza secondo il D.P.R. 309/90** Sostanza non soggetta al D.P.R. 309/90. **6.8 Regime di dispensazione al pubblico** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.





Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 20

Vaccinazioni: il ruolo dell'ospedale

Paolo Siani

28° Divisione di Pediatria, Azienda Ospedaliera "A. Caldarelli", Napoli

Il trascurato collegamento fra ospedale e territorio nel campo delle vaccinazioni è una delle cause del basso tasso di immunizzazione in ogni paese del mondo, specialmente nei paesi in via di sviluppo e nelle famiglie di basso livello socio-culturale. Pediatrics è affezionato a questo tema al cui proposito pubblica, ogni anno, numerose ricerche. Tutte dimostrano l'efficacia dell'attivazione dell'ospedale. In Italia le cose semplici sono sempre difficili da realizzare. Noi siamo degli incorreggibili frequentatori degli U.C.A.S (Ufficio Complicazioni Cose Semplici) ed a maggiore complicazione dell'affare abbiamo inventato le Aziende Ospedaliere rigorosamente separate dalle Aziende territoriali. Chi mai convincerà l'inafferrabile Direttore dell'Azienda Ospedale (e del suo altezzoso primario della U.O. di Pediatria) che è suo compito (e suo interesse) occuparsi delle vaccinazioni e che i bambini individuati come non vaccinati vanno vaccinati proprio lì, in ospedale?

Per corrispondenza:
Paolo Siani,
E-mail: pasiani@fin.it

Gli ultimi dati pubblicati dall'OMS mostrano bassi livelli di copertura vaccinale (77% per la III dose di DT e antipolio, 62% per la III dose di antiepatite B e poi 15.2% per l'antipertosse e 8.6% per il morbillo) per la città di Napoli.

In nostre precedenti ricerche effettuate in due quartieri di Napoli (Vomero e Secondigliano) veniva evidenziata un'associazione tra mancata vaccinazione e stato di disagio sociale della famiglia.

In particolare, a conferma di quanto già segnalato in letteratura, il basso livello di istruzione materna rappresentava l'indicatore più efficace nel definire il rischio di non essere vaccinato.

Poiché è noto che la popolazione a rischio sociale utilizza prevalentemente l'ospedale anche per patologie banali, nel mese di marzo scorso sono state intervistate le mamme di tutti i bambini di età compresa tra 3 mesi e 12 anni ricoverati consecutivamente per una patologia acuta presso due Divisioni di Pediatria di 2 ospedali (28° Divisione A. Caldarelli e IV Divisione S.S. Annunziata) della nostra città, con l'obiettivo di valutare la reale copertura vaccinale dei loro bambini. Sono state effettuate 180 interviste, l'età media dei bambini era di 33 mesi, il 78% aveva un'età >6 mesi e il 55% >18 mesi. Il grado di istruzione delle madri era nel 97.5% (n 175) inferiore alla III media (a Napoli 23.5%).

Il 22.2% (n 40 b.) dei bambini era in ritardo per le vaccinazioni obbligatorie di 3 mesi o più e il 77.7% (n 140 b.) era in ritardo di 3 mesi o più per le facoltative.

Questi dati e le numerose segnalazioni presenti in letteratura dimostrano che il bambino che si ricovera per patologie acute, è spesso a rischio sociale e molto frequente-

mente non è vaccinato, per cui il ricovero ospedaliero può rappresentare un momento cruciale per recuperare almeno una parte di questi bambini.

Poiché riteniamo che ogni realtà territoriale deve ricercare e attuare le strategie più idonee per raggiungere una adeguata copertura vaccinale (che consenta cioè di raggiungere almeno l'80% della popolazione) è stato proposto un progetto pilota di intervento in alcune aree della città di Napoli che consiste nella segnalazione da parte dell'ospedale al distretto sanitario di residenza di tutti quei bambini che nell'anamnesi non risultino in regola con le vaccinazioni (obbligatorie e/o facoltative).

La segnalazione mette in atto una strategia di intervento specifica (visita domiciliare, offerta attiva e gratuita di tutte le vaccinazioni) per quel bambino e la sua famiglia da parte degli operatori del distretto che possono così istituire il registro del rischio sociale e programmare piani di intervento individualizzati.

Questo vuole essere un tentativo di integrazione tra Ospedale e territorio che potrebbe servire a migliorare da un lato le prestazioni dell'ospedale che diventa in questo modo "segnalatore" di disagio e non solo "contenitore" di disagio come è attualmente, e dall'altro potrebbe migliorare anche la funzionalità della struttura territoriale che attraverso le segnalazioni si riappropria di quei bambini che in genere non vede e ridiventa in questo modo punto di riferimento per quelle famiglie che attualmente non usano i servizi di prevenzione. ■

La legge delega di razionalizzazione del SSN (o Legge Bindi)

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 21

Redazionale

La legge delegata al Governo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale approvata definitivamente dal Parlamento il 10 novembre scorso e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale di lunedì 7 dicembre n. 286 si chiama legge 419 del 30 novembre 1998. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è stato invece pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10 dicembre n. 288, suppl. ord. n. 210. Il 22 dicembre è dunque scattata l'applicazione della 419/98.

Da questa data, entro 180 giorni (20 giugno 1999) dovranno essere emessi i primi decreti delegati di attuazione; i provvedimenti per i rapporti Servizio Sanitario Nazionale ed Università dovranno invece aspettare 12 mesi. Riassumiamo qui di seguito le modificazioni introdotte dalla legge 419/98 che modifica le 502 e 517/1992.

Direttori generali Solo requisito per la nomina: frequenza a corsi di qualificazione regionali di almeno sei mesi. Semplificazione dei meccanismi di nomina (in base a requisiti e "senza valutazioni comparative" e cioè senza graduatorie o confronti) e di revoca. In sostanza via libera al potere politico e al rapporto fiduciario Regione /Direttore.

Comuni Partecipazione alla nomina e alla revoca dei Direttori generali

Aziende Nuovi criteri di individuazione-delimitazione specie per le Aziende ospedaliere con definizione di requisiti minimi per la istituzione.

Medici Riduzione dell'età pensionabile per i convenzionati, gli ospedalieri e per l'attività assistenziale degli universitari; rapporto esclusivo di lavoro con modalità definite dai contratti; contratti di formazione e lavoro a tempo

determinato per progetti finalizzati.

Accreditamento Standard minimi di struttura-attrezzatura-personale come partenza; incerte le modalità successive, affidate alle regioni che definiranno standard di qualità all'interno dei limiti massimi di spesa che consentono una ragionevole somma di servizi accreditati.

Diritti dei cittadini Elencati nella carta locale dei servizi.

Fondi integrativi Per prestazioni eccedenti i livelli minimi del Piano Sanitario Nazionale con possibile partecipazione degli Enti Locali.

Convenzioni Superamento (?) di guardia medica e medicina dei servizi.

Aggiornamento Rafforzamento del "medical audit" secondo linee guida emanate in collaborazione con la FNOM.

Tariffe Revisione delle tariffe con accoppiamento ai Drg di remunerazioni per piani di attività e di valutazioni economiche che tengano conto della complessità delle prestazioni erogate. Identificazione di un modello di finanziamento specifico per i Presidi ospedalieri interni alle AUSL

Università-Ospedali Entro un anno definizione dei rapporti. Concerto Sanità/Università per i diplomi e i posti di specializzando.

Distretti Sede dell'integrazione fra le varie entità assistenziali. Definizione delle risorse attribuibili.

Tempistica Il governo emanerà entro 180 giorni i primi decreti legislativi per attuare le norme di cui sopra. ■

La spesa in Lombardia (e altrove)

L'andamento della spesa sanitaria in Lombardia è molto interessante da seguire perché in quella regione sono state attuate due delle premesse thatcheriane per una totale liberalizzazione del sistema sanitario:

- la completa separazione degli enti produttori di prestazioni (ospedali, ambulatori, laboratori) e i paganti di prestazioni (le Aziende USL);
- la completa equiparazione dei diritti fra privato e pubblico per garantire una libera concorrenza in ossequio alla libera scelta dei cittadini.

È chiaro che, in una operazione del genere, può esistere un periodo di assestamento per cui i dati che presentiamo possono essere modificati nei prossimi anni, ma attualmente l'andamento della spesa è preoccupante. In quattro anni (1994-1997) la spesa sanitaria lombarda è aumentata del 18.3% (da 14 mila 747 a 17 mila 477 MLD). L'incremento riguarda soprattutto i privati. La spesa ospedaliera pubblica è passata da 7.595 MLD a 8.975 MLD (+18%), quella privata da 1.434 MLD a 2.620 MLD (+44%). Gli ambulatori-laboratori hanno aumentato i livelli di spesa, nel settore pubblico del 6.6% e nel privato del 46%. Nello stesso periodo ai circa 6.000 letti privati se ne sono aggiunti altri 2.200. Le case di cura hanno quasi raddoppiato il fatturato (da 652 a 1.233 MLD).

La Giunta sostiene che all'aumento della spesa si è accompagnata una riduzione delle liste di attesa; raggiunto un equilibrio la spesa dovrebbe assestarsi sui livelli attuali ed anzi dovrebbe diminuire. La Giunta ha comunque stretto i freni nel campo della liberalizzazione del sistema fissando alcune restrizioni.

Nel giugno scorso ha fissato criteri più severi di quelli precedenti (in realtà ogni convenzione era stata trasformata in accreditamento) per la concessione delle convenzioni. Inoltre d'ora in poi gli ospedali che oltrepasseranno i limiti fissati vedranno ridursi il valore del punto di DRG e quindi il fatturato globale (*Sanità, Sole 24 Ore 11-17 nov. 1998*).

L'assessore alla sanità lombardo ha ammesso un disavanzo di 3 mila 243 MLD alla fine del 1998. Confronti con le altre regioni si possono fare sulla base della relazione economica sulla situazione generale del paese (*Sanità, Sole 24 Ore 16-22 dicembre*). Nel periodo 1992/1997 l'aumento percentuale totale della spesa è stato questo:

Lombardia (16.66), Calabria (18.92), Abruzzo (17.15), Veneto (13.65), Piemonte (12.68), Toscana (11.61), Emilia Romagna (5.04); le altre fra l'8 ed il 10. Media nazionale 11.54. Le regioni a statuto speciale: Val d'Aosta (17.24), Alto Adige (37.57), Trentino (21.90), Friuli V.G. (8.10), Sicilia (8.53), Sardegna (6.48). Le spese per la farmaceutica convenzionata sono state ridotte in media del 16%: hanno fatto meglio la Sicilia (34.10), la Sardegna (28.47), l'Emilia Romagna (25.28), il Piemonte (20.58), l'Abruzzo (18.94), il Veneto e il Trentino (17.2).

Hanno fatto peggio: la Lombardia (7.7), il Lazio e la Calabria (5.84), la Campania (1.61), l'Alto Adige (0.7). Le spese per le case di cura sono aumentate ovunque tranne in Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Sardegna ove si sono ridotte. L'aumento massimo è avvenuto nelle piccole regioni.

Leggi in attesa di approvazione

Questi sono i progetti di legge sulla sanità che "giacciono" in parlamento in attesa di approvazione.

- *Legge sugli espianti e trapianti*
- *Norme in materia di procreazione assistita*
- *Regolamentazione delle erboristerie*
- *Prevenzione e cura dell'alcolismo*
- *Disciplina delle trasfusioni e dei plasmaderivati*
- *Disciplina degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS)*
- *Legge delega per la razionalizzazione del SSN (collegata alla finanziaria 1998)*
- *Gestione delle farmacie urbane e territoriali*
- *Proroga e disposizioni urgenti in materia sanitaria*
- *Organizzazione del personale del SSN*
- *Riforma dell'assistenza sociale*

- *Riordino del settore farmaceutico*
- *Disciplina della professione di odontoiatra*
- *Incarichi di medicina generale*
- *Formazione dei medici specialisti*
- *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*
- *Riforma dell'ordine dei medici*
- *Aggiornamento permanente dei medici*
- *Riforma delle professioni infermieristiche*

Nestlè da Gad Lerner

Il 15 dicembre alla trasmissione di Gad Lerner sui panettoni avvelenati con i topici il Presidente di Nestlè ha detto "mi si citi un solo esempio di infrazione del codice di commercializzazione del latte da parte di Nestlè, e non di 5 anni fa". Strana questa temporalità dato che il Codice-OMS è del 1981.

Comunque nessuno dei presenti, neppure Adriano Cattaneo, ha stranamente citato episodi, ma di episodi ce ne sono e non riguardano solo Nestlè. Sul BMI del 1997 (314:167) è stato riportata la denuncia di ventisette organizzazioni religiose e di volontariato che hanno pubblicato un rapporto dal titolo CRAKING THE CODE. Il documento è sottoscritto dall'Interagency Group on Breastfeeding Monitoring che comprende anche l'UNICEF, Save the children, Voluntary Service Overseas.

Il rapporto riferisce di una indagine riportata anche su questa rivista (*Quaderni acp 1997;5:27*) condotta in Africa, Asia ed in Europa su un campione di donne e di infermiere. In tutti i paesi indagati le donne erano state raggiunte, in varia percentuale, dalla pubblicità delle ditte di latti che proponeva l'allattamento artificiale: in Polonia la percentuale era la più alta (33%). Sono state stigmatizzate, nel rapporto, le modalità della propaganda.

L'idealizzazione del latte artificiale (proibita come noto) è stata utilizzata ovunque, gran parte delle donne ha ricevuto campioni, anche le infermiere li hanno ricevuti, le mamme hanno ricevuto anche visite a casa di propagandisti dell'allattamento artificiale.

Non manca, insomma, la documentazione sulle violazioni del codice.

Zinnat®

Acetossietilcefuroxima

Sospensione

Posologia: 20 mg/kg/die
Otite: 30 mg/kg/die
in due sole
somministrazioni



1 cucchiaino da 5 ml
contiene 125 mg

GlaxoWellcome

Comprese

Acetossietilcefuroxima
Zinnat 250
Comprese

12 compresse da 250 mg
PER USO ORALE

GlaxoWellcome



Posologia:
1 compressa ogni 12 ore



Bustine

Acetossietilcefuroxima
Zinnat
Bustine

12 bustine
PER USO ORALE

GlaxoWellcome

Posologia:
Bambini >20 kg:
1 bustina due volte al dì
Adulti e anziani:
1-2 bustine due volte al dì

PRESCRIVIBILI S.S.N. CLASSE A

GlaxoWellcome

www.glaxowellcome.it

U.K.

Il dibattito sul razionamento delle prestazioni sanitarie

Nell'ottobre scorso, convegno a Londra sui livelli minimi di assistenza (cioè la definizione centralizzata di ciò che i SSN "passano" e di ciò che "non passano") da definire mediante un sistema di razionamento simile a quello adottato in Italia dalla CUF.

Il sistema proposto dai più (si veda il famoso caso dell'Oregon) è quello della Evidence Based Medicine (EBM). Che significherebbe che ciò che è provato come "efficace" viene "passato" e ciò che non ha dimostrazioni di efficacia viene escluso; si tratta come si vede del criterio della CUF che esclude la rimborsabilità dei farmaci senza prove di efficacia.

Si arriverebbe in questo modo ad un razionamento "esplicito": cioè tutti sanno a priori ciò che è passato e ciò che non lo è. Un razionamento implicito è quello in atto in Italia: i fondi stanziati per ogni Azienda USL sono fissati e dentro di questi deve stare il Direttore Generale. È la logica del "quando i soldi sono finiti chi non è stato soddisfatto rimane insoddisfatto", è la logica delle liste di attesa per cui chi "non è soddisfatto in tempo giusto si rivolge al privato" e così via.

Nella conferenza di Londra (*Lancet* 1998;352:1244) la maggior parte degli intervenuti si è schierato contro il sistema di un razionamento fondato sulla EBM che passerebbe così dalla attuale Evidence Based-decision making ad una EvidenceBased-rationing.

Questo passaggio, secondo i partecipanti alla conferenza, non sembra essere stato studiato abbastanza per essere adottato con serenità e senza il rischio di sbagliare. Il professor McLeod, epidemiologo pediatra dell'Ontario, ha sintetizzato la sua opinione così "l'EvidenceBased-rationing è, nella migliore delle ipotesi, un ideale difficilmente raggiungibile e, nella peggiore, una inappropriata estensione di una scienza in evoluzione come la EBM".

ISRAELE

Resistenze secondarie e trattamento dell'otite

Anche in Israele - come in ogni altra parte del mondo ove il fenomeno è stato ricercato - è stato dimostrato che dopo un trattamento antibiotico per otite media acuta si riscontra più facilmente e frequentemente (43%) *Pneumococcus pneumoniae* (PP) che in quelli non trattati con antibiotici (27%). Inoltre le MIC 50 per penicillina, cefaclor, cefuroxime axetil, sempre per PP, sono significativamente più alte nei bambini con otite trattati con antibiotici che in quelli non trattati. Anche in Israele, dove la resistenza di PP ha raggiunto livelli del 40% e si alza fino al 79% nei pazienti di recente trattati, si raccomanda perciò di "trattenersi" dall'uso di antibiotici nel trattamento dell'otite media acuta (*Ped Infect Dis* 1998;17:463). *Quaderni acp* si è più volte occupato di questo dato e continuerà a farlo fino a quando compariranno lavori in merito, nel tentativo di convincere i pediatri ad usare meno antibiotici nell'otite.

USA

Resistenze che vanno, resistenze che vengono

Cessando di usare le cefalosporine si ottiene una abbastanza rapida caduta delle resistenze batteriche (*JAMA* 1998;280:1233). Nel 1996 al New York Medical Hospital of Queens è stato ridotto l'uso delle cefalosporine dell'80%. Il numero delle infezioni da Klebsiella cefalosporine-resistenti si è ridotto dell'87% nelle unità di TI e del 44% in tutto l'ospedale. La scelta dell'ospedale di utilizzare l'Imipenem invece della ceftazidime ha prodotto un consistente allarme: l'aumento dello *Pseudomonas* resistente all'Imipenem è salito dal 9% del 1995 al 17% del 1996. In sostanza si conferma che l'uso di un antibiotico inevitabilmente produce un aumento delle resistenze ed il suo disuso la fa diminuire. Questo vale

per le resistenze mediate dai plasmidi, ma non vale per le resistenze di tipo cromosomico che sono assai più stabili: questo accade per esempio per lo *Stafilococcus* meticillino-resistente.

USA

50 anni di Pediatrics

Pediatrics festeggia i suoi 50 anni (oltre che con l'offerta in full text su Internet per gli abbonati) con un supplemento che raccoglie gli articoli che hanno fatto la storia recente della pediatria, così fin dal lontano 1948 con un'incredibile "The psychotherapeutic role of the pediatrician" di *Lifton et al.* Il lettore può rivivere tutte le tappe della moderna pediatria. ("50 Years of pediatrics: 1948-1998"; *Pediatrics* 1998;102:163-265).

U.K.

Lancet: anche loro sbagliano

Festa in redazione e grande soddisfazione per i nostri correttori di bozze. Persino l'indice di *The Lancet* del 13 giugno contiene, nel serissimo e britannico frontespizio, un errore di paginazione. Tiè!

O.M.S.

Violazioni al codice di commercializzazione del latte adattato

Alla 51^a Assemblea Mondiale della Sanità (11-16 Maggio 1998) l'IBFAN (International Baby Food Action Network) ha presentato documenti attestanti le continue violazioni del codice da parte di almeno dieci industrie. Le violazioni consistono principalmente in pubblicità non ammesse ed elargizioni di campioni gratuiti in trentun paesi.

Appuntamento ad Assisi

CONGRESSO NAZIONALE ACP

Otto ragioni per partecipare al Congresso Nazionale ACP 1999

- Il Congresso ACP è tradizionalmente una sede di confronto e di discussione sui temi della salute del bambino con una particolare sottolineatura di aspetti poco considerati in altre occasioni congressuali: quest'anno ad esempio, a partire dai documenti prodotti da due gruppi di lavoro (uno sui problemi della formazione curricolare ed uno sui temi della formazione permanente) che si sono costituiti in ambito ACP, ci si confronterà sui problemi della formazione.

La sessione sulla formazione curricolare, la prima del congresso, sarà aperta (gratis) agli specializzandi.

- Il Congresso ACP si propone di trattare temi di stretta attualità pratica, possibilmente con un approccio basato sulle evidenze e legato a problemi speciali o emergenti. Quest'anno si tratterà di nuovi germi e nuove resistenze agli antibiotici, di trattamenti speciali a domicilio (parenterale, ossigeno), di utilizzo dei lattobacilli, di evidenze sulla SIDS.

- Il Congresso ACP tratta tradizionalmente di argomenti che comprendono gli aspetti relazionali e psicosociali della pediatria: quest'anno si tratterà del comportamento del pediatra di fronte al sospetto di abuso, del ruolo del counselling, del rapporto con la famiglia del neonato con malformazione congenita. Il tutto con l'apporto di professionisti di altre discipline.

- Il Congresso ACP privilegia la discussione. Quest'anno si prevede esplicitamente che tempi di presentazione e tempi di discussione siano identici.

- Il Congresso ACP è un luogo di confronto per gli oltre 30 gruppi locali nei quali "vive" buona parte dell'Associazione. Quest'anno una intera sessione (l'ultima, per consentire a chi non fosse interessato di lasciare il congresso prima) è dedicata al confronto tra i gruppi sulle loro attività e sugli strumenti comuni di lavoro (aggiornamento, rete telematica, sito web)

- Il Congresso ACP si propone cerca di mantenere vivo il confronto con le altre realtà europee e internazionali. È previsto quest'anno il contributo di un pediatra del Regno Unito ed uno di un paese in via di sviluppo.

- Il Congresso ACP è anche la sede per il rinnovo delle cariche sociali. Quest'anno si rinnovano tre componenti del consiglio Direttivo.

- Il Congresso ACP è un'occasione, sobria (quest'anno lo sarà particolarmente, anche in considerazione della sede) ma piacevole di stare assieme.

Giorgio Tamburlini

Programma preliminare

Venerdì 5 Novembre

Sessione mattutina

Lettura - Pediatria in Europa: la riforma incombe (A. Macfarlane, Oxford)

Forum - Proposte per il rinnovamento della formazione curricolare del pediatra (gruppo di lavoro ACP coordinato da P.P. Mastroiacovo)
- EBM: evidenze sulla SIDS e comportamento del pediatra (R. Buzzetti)

Sessione pomeridiana

Lettura - Lattobacilli sì o no (A. Ventura)

Forum - Sospetto di abuso e obbligo di segnalazione: come comportarsi (P. Giannino, P. De Blasio)
- Proposte per l'assistenza al neonato nel primo mese di vita (gruppo di lavoro ACP)

Bisogni speciali

- Il figlio di tossicodipendenti (SerT Perugia)

Sabato 6 Novembre

Sessione mattutina

Lettura - Nuovi germi, nuove resistenze, nuovi antibiotici? (B. Assael)

Forum - Quali proposte per i reparti pediatrici degli ospedali di rete? Soluzioni a confronto

Bisogni speciali

- Il pediatra e la famiglia del bambino con malformazione congenita (P.P. Mastroiacovo)
- Counselling: un caso presentato da un pediatra di famiglia e discusso con S. Quadrino

Sessione pomeridiana

Bisogni speciali

- Le prestazioni speciali dall'ospedale a domicilio: nutrizione speciale e ossigeno (D. Faraguna)
- Un pediatra del Sud del mondo: salute del bambino nel Nord-Est brasiliano

Assemblea dei soci

Elezione per rinnovo cariche consiglio direttivo

Domenica 7 Novembre

Forum dei gruppi

- Introduzione da parte del gruppo di lavoro sulla formazione permanente
- Introduzione dei responsabili della rete telematica e del sito web ACP
- Presentazione delle attività di alcuni gruppi locali

Discussione

Informazioni e organizzazione:

ACP Umbria e Quickline Trieste tel. 040/773737

Quota di partecipazione lire 250.000 (iscritti ACP 200.000)

più 50.000 per cena sociale. La quota verrà aumentata del 20% dopo il 15 giugno.

Si consiglia di prenotare la sistemazione alberghiera (presso Quickline)

con largo anticipo; sono disponibili sistemazioni anche a basso prezzo.

Rinnova l'iscrizione all'ACP, riceverai gratuitamente *Quaderni acp* e usufruirai

dello sconto di lire 50.000 sull'iscrizione al Congresso Nazionale, e del 50%

sull'abbonamento a *Medico e Bambino*.

Lettura: gioiosa terapia

Pino Boero

Facoltà di Lettere, Università degli Studi di Genova

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 26-31

Chi non era a Taormina, al congresso dell'ACP non si è goduta questa "lettura" di Pino Boero, professore di letteratura per l'infanzia all'Università di Genova. La pubblichiamo per l'appunto per chi non c'era, ma farà piacere "risentirla" anche a chi c'era.

Quel bravo Enrico che avete imparato a conoscere nel *Cuore* del De Amicis, entrato in Ginnasio, prese tanto gusto ai nuovi studi e più specialmente a quelli di storia e di geografia, che non contento delle ore di scuola, vegliava a studiare anche di notte. Il babbo, che se n'era accorto, lo rimproverò dolcemente.

"Enrico mio, ieri mattina io ho trovata ancora accesa la candela sul tuo tavolino da notte e ti ho veduto addormentato con un libro fra le mani. La stanchezza era stata più forte della tua voglia di studiare e il sonno ti aveva chiuse le palpebre. La mamma me n'aveva già avvertito, che tu lavori troppo, e questo è un peccato come l'altro di studiar troppo poco. Tu sei il primo della tua scuola; i tuoi maestri sono contentissimi di te ed io sono orgoglioso di avere un giovinetto come il mio Enrico. Ora però io devo ammonirti perché, seguendo così, ti rovinerai la salute, non potrai più studiar del tutto. Tu hai ora quattordici anni e attraversi un periodo critico della tua vita. Se ti strapazzi e vieni su gracile e mingherlino, sarai un carro rotto per tutta la vita". [...]

Prima era una *febbre gastrica*, poi passò a *febbre subtifoidea*, poi a *bronchite* e a *gastroenterite lenta* (1). Il fatto è che, quando il nostro Enrico fu giudicato fuori d'ogni pericolo e il medico lo dichiarò entrato in convalescenza, egli era così magro e pallido e debole che fece paura a sé stesso, guardandosi nello specchio del salotto. La mamma invece, che aveva tanto trepidato per la vita di Enrico, si consolava tutta di vederlo in piedi e lo abbracciava e lo baciava cento volte al giorno, non sembrandole vero di sentirlo parlare, di poterlo chiamare ancora suo *bimmino*, suo *tesoro*, suo *Enricuccio*.

Ma quella benedetta convalescenza non finiva mai. Se Enrico saliva le scale un po' in fretta doveva poi mettersi subito a sedere, perché il cuore gli batteva forte forte e gli pareva di soffocare: se si esponeva ad una finestra aperta e l'aria era un po' più fresca del solito, era subito preso da tosse e da catarro, e quando aveva mangiato doveva coricarsi perché si sentiva venir meno e sbadigliava quasi a lussarsi la mandibola. Tossiva quasi sempre un pochino, benché egli nascondesse con tutte le sue forze quel po' di tosse, dacché si era accorto che la mamma ne impallidiva e si mostrava molto agitata.

Un giorno però lo stesso Enrico si spaventò, perché dopo un colpo di tosse più forte del solito, avendo sputato nella pezzuola, la vide tingersi in rosso. Si mise a piangere, ma ebbe tanto cuore e tanta delicatezza da correre dal babbo e non dalla mamma a mostrare quel po' di sangue che gli era uscito dal petto cogli sforzi della tosse. Non già ch'egli credesse di essere amato meno dal babbo che dalla mamma; ma una voce del cuore gli diceva che la mamma soffriva di più, era più paurosa e più si crucciava quando la sua salute non era ottima.

Il babbo, veduta quella pezzuola, mostrò di non allarmarsi punto, e consolidò Enrico dicendogli che quel sangue gli era venuto dal naso e che era un nulla e egli non avesse a sgomentarsi. Il giorno dopo però, il babbo chiamò a consulto tre medici fra i più famosi della città, invitandoli ad esaminare ben bene Enrico e a dare il loro parere su quella convalescenza, che non finiva mai e che sembrava una seconda malattia.

I medici vennero, picchiarono, ascoltarono e conclusero che nulla di serio minacciava la vita di Enrico, ma che *la respirazione negli apici dei due polmoni era fioca assai e che conveniva provvedere, perché nell'epoca dello sviluppo non si avessero a formare dei tubercoli. Esser*

necessario sospendere affatto gli studii e recarsi in riva al mare senza libri e senza penne, e restarvi un anno, facendo il contadino e il pescatore (2).

Ho voluto un po' provocatoriamente aprire con una citazione dal celebre Testa di Paolo Mantegazza (1831 - 1910), autore, fra l'altro di testi celebri come la *Fisiologia del piacere* (1854) e la *Fisiologia del dolore* (1888), per indicare una possibile strada del mio intervento, quella dell'indagine volta al negativo, tesa ad offrire un campionario di malattie provocate dai libri e dallo studio, per poter poi arrivare con maggior agio al piacere del testo, a quella lettura come *giocosa terapia* che dà il titolo alla mia relazione, congruente - ritengo - al titolo del Congresso odierno, *Bambini senza medicine*. Naturalmente il medico e antropologo darwiniano più di cento anni fa vedeva la lettura come studio, non certo come scelta di piacere e pur tuttavia nel suo atteggiamento esisteva qualcosa di più e di diverso dalla semplice preoccupazione per la salute di chi restava troppo sui libri; esisteva la diffidenza verso un'attività incontrollata, verso quella curiosità che spingeva bambini e ragazzi a varcare i confini dei libri senza mediazioni, a sognare sulle pagine delle fiabe fantastiche, dei romanzi d'avventura, delle novelle per signorine. Ecco cosa faceva dire nel 1887 una scrittrice come Emma Perodi (1850 - 1918) ad un suo saggio personaggio:

Io, che non so leggere, che non so come sia fatto un libro, sono convinto, convintissimo che vi sieno dei libri adattati per i ragazzi, utili per essi: ma che ve ne sieno pure molti nocivi e inutili. Ora non tocca ai ragazzi a scegliere i libri che devono leggere, ma a chi li educa, e voi altri dovete farmi la promessa solenne di non aprire un libro prima di farlo vedere o al maestro o al curato, a meno che quel libro non sia regalato, per esempio, dalla padrona, del precettore dei signorini, dal dottore o da altra persona intelligente e ragionevole (3).

Non deve stupire, quindi, che la lettura cosiddetta *amena* sia stata sempre guardata con sospetto dagli adulti educatori, né deve stupire che il libro per ragazzi in Italia sia stato più propenso alle elaborazioni di malattie, disgrazie, lutti che a salutari

bagni rigeneranti nella dimensione umoristica, nell'efficace terapia dei paradossi, nelle vitamine della fantasia. Ma andiamo con ordine e limitiamoci a segnalare come René Claude Lachal, che quasi venticinque anni fa ha schedato la figura del malato nella letteratura italiana per bambini e ragazzi (4), sia stato in grado di catalogare ben quattro tipologie di malati, dall'infermo segnato e accasciato nella malattia a quello sereno nell'infermità, dal malato che lotta e supera l'infermità a quello come essere superiore. Naturalmente il De Amicis di quel *Cuore* che ha segnato, forse, troppe infanzie italiane costituisce già da solo un esaustivo catalogo, che offre bimbi rachitici "ossa torturate! Povere mani, poveri piedini rattroppiti e scontorti! Poveri corpicini contraffatti! [...] gambe fasciate [...], nocchierute, sformate [...] che si sarebbero coperte di baci!" (5), maestrine malate, allievi gobbini: "[Nelli] ha quella disgrazia d'esser gobbo, molti ragazzi lo beffavano e gli picchiavano sulla schiena con gli zaini" (6). Insomma partendo da *Cuore* si potrebbero incontrare nel percorso i ciechi felici della loro infermità e perciò sempre con la canzone sulle labbra, le mamme che muoiono "dalla gran passione" di vedere i figli portatori di handicap, le bimbe deformi cui in punto di morte spuntano le ali degli angeli (7) o versi luttuosi come quelli di Arpalice Cuman Pertile (1876 - 1958), "Morta è la bimba piccola e cara \ passa la breve candida bara: \ datele i fior" (8), fino ad arrivare all'esaltazione della morte infantile in nome del fatto che "Son fortunati in cielo i bimbi buoni! \ Scappan tutti là su, quei bei palloni" (9).

È chiaro come in simili contesti di malattia e di morte, la lettura diventi fatto esclusivamente strumentale, capace di dare un profitto solo in termini di apprendimento e di utilità. Ida Baccini (1850 - 1911), una delle scrittrici per l'infanzia più note fra Otto e Novecento, risulta assai chiara al proposito:

Libro rosso col fermaglio d'oro; dentro era pieno di figure, una più bella dell'altra: c'erano dei bambini vestiti da soldati, col fucile sulla spalla e la sciabola al fianco; delle belle signore con certi strascichi che parevano tante regine; eppoi

giardini tutti pieni di fiori, di statue e di fontane di marmo; casine bianche che sbucavano tra il verde cupo delle boschiglie; cani, cavalli, gattini dipinti tanto bene da pigliarli vivi; eppoi un monte di altre belle cose, che a volerle raccontare tutte mi ci vorrebbe un anno. In quel libro c'era da imparar dimolto... (10)

Appare evidente come la scrittrice, dopo la bella e dettagliata descrizione senta quasi il rimorso di aver giocato con figure e colori e corregga il tiro dicendo "in quel libro c'era da imparar dimolto", annullando così in un sapere scolastico ogni possibilità di *giocosa terapia*. Ma il curioso elenco non si ferma qui perché quando nel suo libro più noto, *Le memorie di un pulcino* (11), consiglia ad un giovane personaggio di "non fare balocchi", ma di "leggere qualche libro istruttivo" gioca sulla contrapposizione, modernissima fra balocchi - divertimento e piacere, cioè - e libro - cioè dovere e sapere -. È chiaro che il libro da un simile confronto non può che uscire sconfitto: chi, infatti, può negare che il "fascino proibito" di un gioco valga di più dell'ovvio dovere scolastico? È quanto, d'altra parte, anche in anni recenti paventava un grande scrittore per l'infanzia come Gianni Rodari che ha dedicato ad una simile, assurda e aggiornata contrapposizione due dei suoi *9 modi per insegnare ai ragazzi ad odiare la lettura: Presentare il libro come un'alternativa alla tv e Presentare il libro come l'alternativa al fumetto*. Sostiene Rodari: "Psicologicamente [...] non mi pare che negare un divertimento, un'occupazione piacevole (o sentita come tale, che è lo stesso) sia il modo ideale di farne amare un'altra: sarà piuttosto il modo di gettare su quest'altra un'ombra di fastidio e di castigo" (12).

Certo il discorso TV porterebbe lontano, ma prima di tornare al passato e a tutti quei vincoli, a quegli accanimenti falsamente terapeutici al capezzale della lettura, converrà affrontarlo. So che è difficile non provare sgomento davanti a bambini che vanno a scuola con una dose abbondante di cartoni animati, so che è difficile non provare una sorta di rigetto di fronte ai disegni primitivi o ai contesti violenti di certi cartoni animati giapponesi, ma so anche di trovare un pubblico attento se

dico che la TV non è né buona né cattiva, è l'uso che ne facciamo o che consentiamo di farne che ne determina il ruolo buono o cattivo. Voglio dire che siamo un paese dove recenti indagini Istat dedicate a *Lecture, mass media e linguaggio* (Roma 1994) forniscono dati per noi interessanti. Elenchiamone qualcuno: il 56,6% delle famiglie italiane dichiara di avere in casa meno di 25 libri, e il 23% (quasi una su quattro) nessun libro, neppure un libro per i propri figli; soltanto il 36,6 per cento dichiara di leggere almeno un libro non scolastico all'anno. In testa alla classifica dei lettori, come sappiamo da tempo, troviamo le fasce giovani: tra gli 11 e i 14 anni abbiamo il più alto indice di lettura, il 55% (61,4% le donne) (13). A me sembrano dati sconcertanti che tolgono legittimità alle troppo forti proteste degli adulti: un mondo "grande" che non legge e protesta perché i bambini non leggono o leggono poco, un mondo "grande" che vede nella TV un nemico, ma nascostamente la trova comoda perché - come si sa - il bambino posto davanti al televisore non rompe le scatole, un mondo "grande" che confonde una personale avarizia affettiva con colpevoli distrazioni infantili. Il problema dell'infanzia davanti alla TV è dunque mal posto sotto due punti di vista: da un lato perché il mondo adulto vede nella TV il nemico, mentre forse il primo nemico da combattere è la personale distrazione, l'incapacità a parlare con l'infanzia, i silenzi di cui circonda il bambino; dall'altro lato perché, comunque, ogni storia televisiva è storia, appunto, in cui appaiono riconoscibili quelle strutture e quelle funzioni della fiaba, che consentono ai bambini lavori di destrutturazione e rimontaggio di notevole portata e il problema è piuttosto quello della confusione dei piani, della sistemazione del cartone animato come contenitore di spot pubblicitari o - se volete - degli spot pubblicitari come contenitori di cartoni animati. Quello che insomma sostengo è che se elementi dannosi esistono - ed esistono sia a livello igienico-sanitario sia a livello di diseducazione alla concentrazione sulla pagina di un libro - questi sono da ricercarsi nella lunghezza delle soste davanti al piccolo schermo in una frammentazio-

ne narrativa che vede spot e cartoni animati diventare favola "in un senso molto diverso dal significato del termine della favola classica [...poiché] la marmellata pubblicitaria [e il cartone animato dozzinale] sono favola soltanto nel senso della non-realtà, di fuga in un mondo che non è di fantasia dichiarata, ma di realtà falsa: [certi spot, soprattutto quelli alimentari sono] la moltiplicazione degli alberi di cuccagna, la rappresentazione continua e abnorme di un paese dei balocchi" (14).

Potrei citare tutta una serie di spot pubblicitari che vanno in questa direzione, ma a me preme soprattutto aver indicato come non sia possibile trovare all'interno di gran parte dei cartoni animati televisivi e degli spot che li accompagnano percorsi verso una lettura che sia *terapia felice* e



divertente, cioè costituire un momento di relax. Ma torniamo un attimo indietro, a tutti quei nemici della lettura che in qualche modo giocano a svantaggio della nostra terapia. Alla fine dell'Ottocento, ad esempio, è il povero Salgari ad essere martirizzato: scrittore rozzo, autore di racconti scuciti, pieni di strafalcioni, redatti in pessima lingua, quindi diseducativi come diseducative, nella sostanza, restavano - a parere di molti adulti educatori - tutte quelle zone d'ombra comprese fra l'avventura, il romanzetto d'amore, la produzione di consumo. E l'ostracismo toccato a Salgari riguarda anche gli anni successivi alla sua scomparsa: negli anni Venti e Trenta, ad esempio, molti censori cattolici tagliarono pesantemente - come recentemente ha rilevato un'inchiesta di "Avvenire" (15) - gli amori di cristiani con pagane, odi, vendette, assassini: così

il *Corsaro Nero* venne bocciato per "bestemmie", *La favorita del Mahdi* per "scene amorose esagerate" e l'obiettivo, naturalmente, non era vietare i testi, ma consentirne una lettura "edificante" da parte dei ragazzi. Naturalmente noi sappiamo che molte generazioni di lettori si sono formate sulle avventure salgariane, non hanno avuto scompensi, ma anzi hanno imparato a gustare il fascino dell'avventura di carta, delle storie racchiuse in un libro. E di divieto in divieto arriviamo alle preoccupazioni per i generi meno ortodossi destinati all'infanzia, arriviamo ad una lettura che continua a vantare attenti e sospettosi investigatori capaci di trovare nei generi letterari più diffusi e popolari altrettanti possibili nemici. Ecco i fumetti secondo Nilde Iotti che nel 1953 apre robusta polemica su "Rinascita" con Gianni Rodari:

[il fumetto] non è l'ultima tra le cause di irrequietezza, di scarsa riflessività, di deficiente contatto col mondo circostante e quindi di tendenza alla violenza, alla brutalità, all'avventura fuori della legge e solidarietà degli uomini.

Ecco Giovanni Bitelli che nel 1958 mette sulla rivista "Schedario" il genere giallo sotto processo:

[i gialli per ragazzi contengono il] misterioso influsso della criminalità, [producono] conseguenze fatali, [non possono che condurre i giovani] ad orientare mente e spirito verso una irrealtà spasmodica [fino a giungere] al perturbamento psichico che i tribunali per minorenni denunciano quotidianamente.

Ecco, infine lo stesso Bitelli invitare alla cautela a proposito della fiaba e dell'umorismo (siamo sempre su "Schedario" del 1962):

L'educatore deve vagliare e rivagliare i libri fiabeschi prima di porli tra le mani dei fanciulli. Negarli alla loro avidità fantasiosa, al bisogno che essi sentono prepotente di crogiolarsi tra le braccia di un sogno delizioso, no. Ma andar cauti, molto cauti, certamente [...] le argomentazioni riguardanti i libri comico-umoristici per bambini e adolescenti, restano le stesse che per le fiabe [...] Il riso [...] è necessario per l'educazione dei fanciulli nella gamma ampia dei loro anni e dei loro sentimenti. Ma attenti. Ci sono umo-

rismo sciocco e umorismo malizioso all'agguato [...]

Tutte preoccupazioni legittime, ma presenti costantemente nella riflessione di chi guarda all'età contemporanea con sospetto, con l'idea che i tempi passati - quelli della sua infanzia, quelli della sua formazione - siano stati decisamente i migliori. Davanti a Nilde Iotti che parla di "scarsa riflessività" del bambino degli anni Cinquanta, viene voglia di citare quel pensiero dello Zibaldone riferito ai lettori dell'età di Leopardi:

L'immaginazione de' lettori oggidì è generalmente poco atta a ricevere forti, cioè intime e durevoli impressioni [...]

Insomma ogni età ha avuto chi ha rivolto un pensiero alla "scarsa riflessività" delle nuove generazioni, ai pericoli derivanti dall'uso - spesso inteso come abuso - di forme narratologiche diverse da quelle consuete. In ogni caso se questo elemento apocalittico sembra unire gli adulti, al di sopra dei tempi della storia, è anche vero che oggi, quando ci si lamenta perché il giovane ha troppe distrazioni, non sa ritagliarsi un angolo quieto della casa da cui escludere il mondo circostante e da cui partire per viaggi meravigliosi nella pagine di un libro, ci si dimentica che quegli stessi viaggi - Salgari, la letteratura rosa, i gialli, l'umorismo - fino a non molti anni fa erano considerati pericolosi, erano "sorvegliati" e "puniti" e costringevano i giovani lettori a trasgressioni e sotterfugi. È quanto accade alla povera Isabellina del *Mastro Don Gesualdo* che nasconde in collegio i libri di "amena", quindi proibita, lettura fra la biancheria. Forse aveva ragione il Collodi di *Pinocchio* quando, da buon ironico toscano, vedeva nei libri di scuola, nelle famigerate antologie un cibo indigesto perfino ai pesci. Ecco la famosa battaglia dei libri di *Pinocchio*:

Allora i ragazzi, indispettiti di non potersi misurare col burattino a corpo a corpo, pensarono bene di metter mano ai proiettili, e sciolti i fagotti de' loro libri di scuola, cominciarono a scagliare contro di lui i Sillabari, le grammatiche, i Giannettini, i Minuzzoli, i Racconti del Thouar, il Pulcino della Baccini e altri libri scolastici: ma il burattino, che era d'occhio svelto e ammalizzato, faceva sempre civetta a tempo, sicché i volumi,

passandogli di sopra al capo, andavano tutti a cascare nel mare.

Figuratevi i pesci! I pesci, credendo che quei libri fossero roba da mangiare, correvano a frotte a fior d'acqua; ma poi dopo avere abboccata qualche pagina o qualche frontespizio la risputavano subito, facendo con la bocca una certa smorfia, che pareva volesse dire: "Non è roba per noi, noi siamo avvezzi a cibarci molto meglio!" (16).

Ma lasciamo a Collodi le sue ironie e torniamo alla serietà di autori capaci di valorizzare la libera lettura come gioiosa terapia e "l'avventura di carta" come positivo percorso capace di segnare per la vita:

*In quell'anno mi erano anche stati accordati altri maestri; di cimballo, e di geografia. E questa, andandomi molto a genio quel balocco della sfera e delle carte, l'aveva imparata piuttosto bene, e mista un pocolino alla storia, e massimamente all'antica. Il maestro che me l'insegnava in francese, essendo egli della Val d'Aosta, mi andava anche prestando vari libri francesi, ch'io cominciava anche ad intendere alquanto; e tra gli altri ebbi il *Gil Blas*, che mi rapì veramente e fu questo il primo libro ch'io leggessi tutto di seguito dopo l'Eneide del Caro; e mi divertì assai più. Da allora in poi caddi nei romanzi, e ne lessi molti, come *Casandre*, *Almachilde* ecc.; ed i più tetri e più teneri mi facevano maggior forza e diletto. Tra gli altri poi, *Les mémoires d'un homme de qualité*, ch'io rilessi almen dieci volte.*

Chi scrive così è Vittorio Alfieri, convinto che "rileggere sia meglio di leggere" e per nulla turbato dal fatto che un libro possa divertire. Che poi la lettura "faccia bene" alla salute lo attestano in altre diversissime occasioni molti scrittori a partire, ad esempio, dal Silvio Pellico di *Le mie prigioni* che scrive così:

Per uscire di tanta miseria, provai di non andare più affatto a letto. Teneva acceso il lume l'intera notte, e stava al tavolino a leggere e scrivere. Ma che? Veniva il momento ch'io leggeva, destissimo, ma senza capir nulla, e che assolutamente la testa più non mi reggeva a comporre pensieri. Allora io copiava qualche cosa, ma copiava ruminando tutt'altro che ciò ch'io scriveva, ruminando le mie afflizio-

ni. La lettura e la scrittura come esercizi che mantengono in vita la speranza, che mantengono acceso il cervello; perfino i ragazzi ciechi del tristissimo De Amicis di *Cuore* avvertono come "castigo grande" e "grande dolore" "l'esser privati della lettura o della lezione di musica". Naturalmente, poi, leggere fa bene alla salute al punto che la maestra Pedani di *Amore e ginnastica* di De Amicis fra gli esercizi consiglia "la lettura ad alta voce, dicendo [...] che l'acceleramento della respirazione [...] avrebbe giovato".

Chi poi vede forse più chiaro nell'universo dei segni, nella commistione di parole e figure è il Leopardi dello Zibaldone quando si chiede:

perché ciaschedun poeta in cambio di scrivere non inventa qualche bella macchina la quale mediante diversi ingegni metta di mano in mano vedute e figure di qualsivoglia specie, e imiti il suono col suono, e in breve, rappresentando ordinatamente quello che sarà piaciuto all'inventore, non operi soltanto nella immaginativa ma eziandio ne' sensi del non più lettore ma spettatore e uditore e che so io? E mentrech'io scrivo queste cose, viene con un nome infernale da un paese romantico uno strumento non dissimile in quanto all'ufficio da questo ch'io m'andava immaginando quasi per giuoco.

Ma da Leopardi arriva anche un altro significativo segnale:

Mi dicono che io da fanciullino di tre o quattro anni stava sempre dietro a questa o quella persona perché mi raccontasse delle favole. E mi ricordo ancor io che in poco maggior età, era innamorato dei racconti, e del meraviglioso che si percepisce coll'udito, o colla lettura...

Stupisce senza dubbio l'attualità del pensiero di Leopardi capace di legare così efficacemente piacere dell'ascolto, piacere del racconto, piacere della lettura. Ed è proprio a partire da qui che trovo le ragioni del mio intervento: due termini, lettura e terapia, sono uniti da un aggettivo, gioiosa, che è fondamentale anche per escludere quell'idea di lettura come sofferenza, studio, dovere scolastico che francamente mi pare riduttiva e controproducente. È proprio il caso allora di mettere al bando due idee complementari che abbiamo visto caratterizzare la nostra idea di lettu-

ra: quella della lettura come lavoro, fatica, sacrificio e quello della lettura libera come pericolo da scongiurare, da chiudere entro steccati definitivi e guardati a vista. Leggiamo questa breve poesia:

*È tanto magrino
signora il bambino.
A respirare stenta:
quando gli si fa dire trentatré
è già tanto se dice trenta.
Un cambiamento d'aria
secondo me si addice:
lo mandi a quel campeggio
sulla Chioma di Berenice (17).*

È una poesiola umoristica di quel grande scrittore per l'infanzia che è stato Gianni Rodari ed è una poesiola che tocca in qualche modo anche l'aspetto della malattia infantile, ma è una poesiola che non ha le pretese di insegnare nulla, ma solo quelle di far sorridere davanti all'assurdità della situazione e al gioco delle parole. Rodari non esclude dai suoi componimenti poetici la figura del bimbo malato, ma sa sdrammatizzare, sa far sorridere. Ecco quest'altra filastrocca:

*Filastrocca del bimbo malato,
con il decotto, con il citrato,
con l'arancia sul comodino,
tagliata a spicchi in un piattino.
Per tutti i mali di testa e di pancia
sul comodino c'è sempre un'arancia,
tra un confetto ed un mentino
per consolare il malatino.
Viene il dottore, "Vediamo cos'è",
e ti fa dire trentatré.
Poi di sera viene la sera
viene la mamma leggera leggera,
e succhiando la sua menta
il malatino s'addormenta (18).*

Rodari sa ironizzare anche sulle preoccupazioni dei genitori, quelle stesse che spesso li spingono allarmati verso gli studi dei pediatri a chiedere consigli sull'alimentazione o a dire frasi fatidiche come: "Mi figlio non vuol mangiare. Devo insistere?". Rodari ha la risposta pronta:

*Un po' per la mamma,
un po' per il papà,*

*un po' per la nonna di Santhià,
un po' per la zia
che sta in Francia...
Fu così che al bambino venne il mal di
pancia (19).*

E analogamente Rodari non evita di giocare in termini sdrammatizzanti con bambina e bambole malate:

*Quando la bambina è malata anche le sue
bambole debbono ammalarsi per farle
compagnia, il nonno le visita, prescrive le
medicine del caso e fa loro moltissime
iniezioni con una penna a sfera.
- Questo bambino è malato, dottore.
- Vediamo un po'. Eh sì, eh già. Mi pare
che abbia una buona brontolite.
- È grave?
- Gravissimo. Gli dia da bere questo sciroppo di matita blu
e gli faccia dei massaggi con la carta di
una caramella all'anice.*

E quest'altro bambino non le pare malaticcio anche lui?

*- Malatissimo, si vede senza cannocchiale.
- E che cosa ha?
- Un po' di raffreddore, un po' di raffreddore e due etti di fragolite acuta.
- Mamma mia! Morirà?
- Non c'è pericolo. Gli dia queste pastiglie di stupidina sciolte in un bicchiere di acqua sporca, però prenda un bicchiere verde perché i bicchieri rossi gli farebbero venire il mal di denti.
Una mattina la bambina si sveglia guarita, il dottore le dice che può alzarsi ma il nonno vuole visitarla personalmente, mentre la mamma prepara i vestiti.
- Sentiamo un po'... dica trentatré... dica perepepè... provi a cantare... tutto a posto: una magnifica febbre mangina (20).*

Perché ho citato e citerò con abbondanza l'autore di *Filastrocche in cielo e in terra* e di *Favole al telefono*? Perché mi pare che proprio Rodari nel 1972 sia stato in grado di dare puntelli teorici al nostro discorso. Mi riferisco a *Grammatica della fantasia* testo esemplare da non considerare come un "Artusi per fabbricare storie" o come un ricettario di prescrizioni

fiabesche. In *Grammatica della fantasia* Rodari coglie l'importanza della dimensione fantastica nella formazione del bambino e dell'uomo e nel 1970 alla consegna del premio Andersen, il Nobel della letteratura per l'infanzia, sostiene con ragione che anche il grande scienziato deve essere disponibile a tutte le ipotesi, ad ogni curiosità anche la più strampalata. Fa l'esempio divertente di Isaac Newton e dice:

Secondo me era una persona serissima. Ora una volta, se è vero quello che raccontano, egli se ne stava al fresco sotto un albero di mele quando gli cadde una mela sulla testa. Un altro, al suo posto, avrebbe detto quattro parole poco gentili e si sarebbe cercato un altro albero. Invece il signor Newton cominciò a domandarsi: "E perché quella mela è caduta all'ingiù? Come mai non è volata all'insù? Perché non è caduta a destra o a sinistra, ma proprio in basso? Quale forza misteriosa l'ha tirata in basso?". Una persona priva di immaginazione, ascoltando discorsi del genere, avrebbe concluso: "Questo signor Newton è poco serio, crede in forze misteriose, magari crede che ci sia un mago al centro della terra ad attirare le mele, egli pensa che le mele possano volare come il tappeto delle Mille e una notte; insomma, alla sua età, crede ancora alle favole..." E invece io penso che il signor Newton abbia fatto le importanti scoperte che tutti sappiamo proprio perché aveva una mente aperta in tutte le direzioni, capace di immaginare cose sconosciute, aveva una grande fantasia e sapeva adoperarla. Occorre una grande fantasia, una forte immaginazione per essere grande scienziato, per immaginare cose che non esistono ancora...

A me questo discorso interessa in modo particolare perché si lega a quello della fiaba; sono personalmente convinto che uno degli elementi più dannosi per l'infanzia di oggi, non solo per l'educazione al piacere della lettura, consista nella molteplicità di stimoli indistinti che arrivano al bambino, in quella marmellata - l'abbiamo detto - di sensazioni, immagini, parole; ma sono anche convinto che a questo caos rumoroso corrisponda il

silenzio della famiglia. Prima dicevamo ci si lamenta del bambino chiuso nella "pancia del video", ma troppo spesso siamo noi con i nostri affanni quotidiani che contribuiamo a rinchiuderlo; adesso aggiungo che al caos massmediologico frastornante troppo spesso noi non sappiamo che opporre imbarazzanti silenzi. Quanto i genitori parlano con i figli, quanto raccontano, quante fiabe ancor prima della scuola escono da bocche adulte fra le mura di casa? Eppure sono convinto che le fiabe, antiche e moderne, popolari o d'autore, siano il primo cibo culturale da fornire al bambino; nella fiaba - lo sappiamo - tutto è possibile, la sospensione del "c'era una volta" consente di muoversi liberamente fra le ipotesi apparentemente più assurde, consente di elaborare soluzioni, di avere molte chiavi per entrare nella realtà attraverso le porte della fantasia. La fiaba, insomma, stimola la curiosità, molla di ogni conoscenza, educa la mente, favorisce la presa di possesso del mondo. Dalla fiaba può nascere il lettore curioso, sulla fiaba orale innanzitutto, quella - dico - proprio raccontata, può crescere il forte lettore. Ma quante fiabe i genitori - magari quelli più preoccupati dall'invasione della TV e dei videogiochi - raccontano ai loro figli? Aggiungo un altro elemento, anche questo frutto delle riflessioni di Rodari.

Prima di tutto la fiaba è per il bambino uno strumento ideale per trattenerlo con sé l'adulto. La madre è sempre tanto occupata, il padre appare e compare secondo un ritmo misterioso fonte di ricorrenti inquietudini. Di rado l'adulto ha tempo di giocare con il bambino come piacerebbe a lui, cioè con dedizione e partecipazione completa, senza distrarsi. Ma con la fiaba è diverso. Fin che essa dura, la mamma è lì, tutta per il bambino, presenza durevole e consolante, fornitrice di protezione e sicurezza [...] Mentre il fiume tranquillo della fiaba scorre tra i due, il bambino può finalmente godersi la madre a suo agio, osservare il suo viso in tutti i particolari, studiarne gli occhi, la bocca, la pelle... [...] La voce della madre non gli parla solo di Cappuccetto Rosso o di Pollicino; gli parla di sé stessa [...] A che cosa gli serve ancora la fiaba? A

costruirsi strutture mentali, a porre rapporti come "io, gli altri", "io, le cose", "le cose vere, le cose inventate". Gli serve per prendere delle distanze nello spazio ("lontano, vicino") e nel tempo ("una volta - adesso", "prima-dopo", "ieri-oggi-domani"). Il "c'era una volta" della fiaba non è diverso dal "c'era una volta" della storia, anche se la realtà della fiaba - come il bambino scopre prestissimo - è diversa dalla realtà in cui egli vive (21).

Dunque dalla fiaba raccontata si può partire per costruire un lettore; dalla fiaba raccontata anche in classe, poi, possono nascere mille curiosità, mille occasioni di riflessione. Possono nascere, insomma, lettori capaci di muoversi all'interno di quei *diritti* che agli inizi del 1993 lo scrittore francese Daniel Pennac (22) vorrebbe fossero riconosciuti ai giovani e ai giovanissimi come sono riconosciuti agli adulti: il diritto di non leggere, di saltare le pagine, di non finire il libro, di rileggere, di leggere qualsiasi cosa, di bovarismo, di leggere ovunque, di spizzicare, di leggere a voce alta, di tacere sulle ragioni intime della lettura. A ben vedere in questi *diritti del lettore* stanno anche le ragioni della nostra *lettura come giocosa terapia*, di un'attività che vorremmo sottrarre sempre più ai *doveri* dello scolaro per legarla ai *piaceri* del bambino. E visto che il Convegno odierno ha un titolo - *Bambini senza medicine* - che va nella stessa direzione, insegno agli Atti un'ultima citazione da una "favola al telefono" di Rodari; la favola racconta di un palazzo di gelato ["il tetto di panna montata, il fumo dei comignoli di zucchero filato, i comignoli di frutta candita. Tutto il resto era di gelato"(23)] divorato dai bambini e si conclude con una divertita esaltazione della professione dei pediatri perché nonostante la scorpacciata di dolci Rodari dice che "Fu un gran giorno, quello, e



per ordine dei dottori nessuno ebbe il mal di pancia...". Con questo omaggio al potere fiabesco dei pediatri, vi ringrazio dell'attenzione e della disponibilità. ■

Bibliografia

1. Alcune citazioni e alcuni riferimenti bibliografici del presente saggio sono stati più ampiamente utilizzati in altri miei lavori ai quali rinvio: *La scrittura della morte. Intellettuali, produzione letteraria, cultura dell'infanzia*, Torino, Meynier 1987; *La letteratura per l'infanzia* [in coll. con C. De Luca], Roma - Bari, Laterza 1995; *Alla frontiera. Momenti, generi e temi della letteratura per l'infanzia*, Trieste, Einaudi Ragazzi 1997.
2. Paolo Mantegazza, *Testa*, Napoli, Colonnese, 1993, pp. 11 - 13.
3. La citazione tratta da *Nel canto del fuoco* (Milano, Trevisini, 1887) è fatta da ANTONIO FAETI, *Il crepuscolo dell'orco pedagogico* in Emma Perodi, *Fiabe fantastiche*, Torino, Einaudi, 1974, p. XXIII.
4. René Claude Lachal, *L'infirmo dans la littérature italienne destinée à l'enfance et à la jeunesse. Analyse typologique de 57 oeuvres*, 1974.
5. Edmondo De Amicis, *Cuore* a c. di Luciano Tamburini, Torino, Einaudi 1972, p. 274.
6. Idem, p. 62.
7. Ida Baccini, *L'abito nero è di rigore*, Milano, Paolo Carrara, 1896, p. 172.
8. Arpalice Cuman Pertile, *Per i bimbi d'Italia. Poesie*, Firenze, Marzocco 1921.
9. Lina Schwarz, *Ancora... e poi basta! Un altro libro dei bimbi*, Milano, Mursia 1951*.
10. Ida Baccini, *Il libro del mio bambino. Libro di lettura per le prime classi elementari*, 3a edizione riveduta e corretta, prefazione di Augusto Conti, illustrata da E. Mazzanti, Firenze, Paggi, 1888, p. 121.
11. Ida Baccini, *Le memorie di un pulcino*, Firenze, Paggi 1975, p. 77.
12. La citazione rodariana è tratta da Roberto Denti, *Come far leggere i bambini*, Roma, Editori Riuniti 1982, p. 156.
13. I dati dell'inchiesta sono citati in Tullio De Mauro, *Idee per il governo. La scuola*, Roma - Bari, Laterza 1995.
14. Gian Luigi Falabrino, *La grande abbuffata. La pubblicità per i bambini tra favola tradizionale ed educazione all'albero della cuccagna in Il cibo raccontato. Nel mondo dell'alimentazione tra fantasia e realtà*, Genova, Coop Liguria, 1993, p. 43.
15. La notizia è riportata da "la Repubblica" del 9 ottobre 1998.
16. Carlo Collodi, *Le avventure di Pinocchio*, Torino, Einaudi 1968, p. 103.
17. Gianni Rodari, *Dal dottore in Filastrocche in cielo e in terra*, Trieste, Einaudi Ragazzi 1997, p. 53.
18. *Il malatino* in *Filastrocche in cielo e in terra*, cit., p. 84.
19. *La minestra* in *Filastrocche in cielo e in terra*, cit., p. 165.
20. *La febbre mangina* in *Favole al telefono*, Trieste, Einaudi Ragazzi 1995, pp. 111 - 112.
21. Gianni Rodari, *Grammatica della fantasia*, Trieste, Einaudi Ragazzi 1997, pp. 149 - 150.
22. *Come un romanzo*, Feltrinelli, Milano 1993.
23. *Il palazzo di gelato* in *Favole al telefono*, cit., p. 14.

Una piccola vicenda e un invito alla riflessione

In quindici anni di attività il nostro gruppo locale ACP non ha mai accettato finanziamenti da nessuna industria dietetica o farmacologica, neppure sotto forma di finanziamento indiretto ai partecipanti ai corsi da noi organizzati. Recentemente, alla fine di una riunione di Direttivo e in comune accordo, avevamo deciso, viste le insistenze di una ditta, di accettare la sponsorizzazione di un incontro, dal momento che questa ditta si impegnava a non entrare nel merito della scelta dei relatori e degli argomenti da trattare. Desidero raccontare questa vicenda senza alcuna finalità di causare danno di immagine alle persone citate (che coprirò con delle sigle anonime) e alla ditta interessata, anche se ovviamente sono pronto a fare anche i nomi delle persone e della ditta in oggetto. Se provo a riassumere questi fatti ciò è dovuto esclusivamente alla convinzione che questa piccola vicenda può essere utile per una riflessione sui rapporti fra "bisogni formativi" da un lato e "interessi economici", "di prestigio", "di potere" dei medici del territorio e degli sponsor dall'altro.

Come ho detto il collaboratore della ditta lasciava completa libertà sul nome dei relatori, sulla sede e sulla durata dell'incontro. Si è invitato [...] e, per coinvolgere anche un esperto locale, [...]. Ci è sembrato che la sede istituzionale dell'Ordine dei Medici contribuisse a sottolineare la validità dell'iniziativa. La data, in un primo momento, era stata fissata in accordo con lo sponsor al 03/10/98, ma dopo qualche settimana lo sponsor comunicava che in quel giorno c'era un altro corso che

lo vedeva impegnato e quindi bisognava spostare la giornata. D'accordo con i relatori si è rimandato l'incontro al 28/11/98. Ai primi di luglio ho consegnato al collaboratore della ditta quanto da lui richiesto per l'autorizzazione alla sponsorizzazione: finalità dell'incontro, dichiarazione del carattere non promozionale o propagandistico di farmaci della ditta sponsorizzatrice oltre al programma preliminare. Nello stesso periodo ho chiesto all'Ordine il patrocinio della giornata. Queste le premesse. Nulla lasciava presagire l'epilogo: ai primi di ottobre il collaboratore della ditta era venuto a trovarmi per chiedermi un parere sul coffee break e sul menu del buffet che sarebbe stato servito alla fine dell'incontro. Poi il collaboratore della ditta mi ha telefonato dicendomi che, seguendo il consiglio del Presidente dell'Ordine della provincia in cui l'incontro doveva svolgersi, andava invitato il primario dell'ospedale locale, offrendogli possibilmente il ruolo di moderatore. D'accordo con gli altri ho riferito che non c'erano problemi. Successivamente il collaboratore della ditta mi ha ritelefonato dicendomi che l'incontro non si poteva fare più nella città designata. Ci sarebbe stata l'opposizione degli ospedalieri di..., che si sarebbero sentiti scavalcati da relatori venuti da fuori e per di più in una sede istituzionale quale l'Ordine dei Medici, e anche di un medico universitario originario della provincia (sic!). Anche il presidente dell'Ordine della Provincia in cui l'incontro doveva svolgersi, che a detta del collaboratore della ditta era dapprima contento dell'incontro, si era convinto della inopportunità di portare avanti l'iniziativa. Il collaboratore della ditta mi ha anche riferito che, sentito il parere dei relatori, l'incontro sperava di farlo a Palermo per la stessa data in una sede non istituzionale. Mi ha ritelefonato il giorno dopo dicendomi che l'incontro non si poteva fare neanche a Palermo, almeno per ora, per motivi "tecnici" (sic!) non specificati. Quest'incontro palermitano sarebbe stato sconsigliato per quest'anno dall'informatore dell'area tematica oggetto del nostro corso. Il collaboratore della ditta riteneva che l'esperto locale da noi contattato non avrebbe forse accettato di fare l'incontro a Palermo per

il 28/11/98 e proponeva di spostarlo ai primi mesi del 1999, ma invitando come relatore solo l'esperto nazionale che noi avevamo individuato. In quelle ore uno di noi incontrava il nostro esperto locale che dava invece la sua disponibilità per fare l'incontro il 28/11/98 a Palermo. Ricontattato per telefono per l'ultima volta sabato 31/10/98, il collaboratore della ditta dava l'indisponibilità dell'azienda rifacendosi ai summenzionati motivi "tecnici" e prometteva di contattare i relatori per disdire l'impegno.

Riflessioni finali:

1. La divisione delle nostre città in "zone" di influenza dei medici universitari, ospedalieri o che hanno assunto una qualunque condizione di preminenza è così pesante come questa vicenda farebbe ritenere?
2. Se questo fosse anche parzialmente vero sarebbe meglio stare alla larga da sedi istituzionali?
3. Non si può negare che i rapporti con lo sponsor limitano la libertà di azione. A prescindere dalla sede istituzionale, infatti, lo sponsor non può che essere attentissimo a non creare dissapori, a non turbare equilibri e poteri più o meno forti presenti nell'ambiente in cui opera. Non c'è dubbio quindi che, in una realtà come la nostra, la sponsorizzazione è di difficile gestione per chi, come noi, non è organico a un certo giro.

Rosario Ferracane
ACP Palermo

La lettera di Saro Ferracane si commenta da sola e ci esime dall'esprimere un parere sul caso. Il nostro parere, cari lettori, è esattamente il vostro parere. Perché sappiamo quale non può non essere il vostro parere.



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

A proposito di ustioni

Ho letto la recensione al nostro libretto **"Il pediatra e le urgenze"** uscita su **"Quaderni acp"** (1998;1:43).

Ho constatato con molto piacere che la recensione è stata scritta da persona che ha letto con attenzione il libretto: è già una bella soddisfazione. Mi permetto di dissentire solo su due punti.

Il recensore afferma che il consiglio di non ospedalizzare se l'ustione di 2° grado interessa meno del 10% della s.c. nei bb di età >2 anni (< dell'8% nei lattanti) è discutibile. Tuttavia allego due fotocopie di testi in cui le indicazioni sono anche più generali (<15% secondo Nelson).

Per quanto poi riguarda le soluzioni reidratanti fatte in casa in realtà le abbiamo "sconsigliate nei bb più piccoli per le notevoli e pericolose variazioni nella loro composizione".

Comunque ringrazio, anche a nome degli altri autori: anzi questa bella recensione ci sprona a proseguire in qualche altra impresa editoriale dello stesso genere.

Brunetto Boscherini

È già una bella soddisfazione constatare che anche noi siamo letti con attenzione.

La documentazione che Boscherini ci manda è tratta, oltre che dal citato Nelson, da Ambulatory Pediatrics. Noi avevamo chiesto un parere a degli ustionologi i quali si erano forse attenuti al principio dello "stare dalla parte del sicuro". Ma prendiamo atto dell'autorità dei testi ed attendiamo le altre imprese dei colleghi romani.



Reti sentinella

Durante l'ultimo congresso nazionale ACP tenutosi a Taormina il 23, 24 e 25 ottobre 1998 abbiamo con piacere rilevato come altri gruppi, oltre al nostro, abbiano considerato che la creazione di una rete di medici "sentinella" sia una risorsa nell'ambito della pediatria ambulatoriale e della ricerca; ci pare però si sia generata una certa confusione riguardo al diverso orientamento delle "reti" organizzate in Italia. Dubbi sono sorti tra gli stessi pediatri partecipanti: intendiamo con questa lettera fare chiarezza e ridimensionare i motivi di perplessità. Ci sembra molto importante, al fine dell'attendibilità dei risultati, sottolineare che le ricerche rispondano a rigorosi criteri di correttezza, attendibilità e riservatezza, siano autofinanziate dai gruppi che le svolgono o auspicabilmente sostenute da enti scientifici non coinvolti in interessi commerciali. La nostra rete sentinella, impegnata attualmente nel monitoraggio della varicella, è stata organizzata soprattutto con l'ambizione di diventare una rete stabile nel tempo, un punto di riferimento epidemiologico che possa essere messo al servizio della comunità e, infine, uno strumento di ricerca e crescita culturale per i medici partecipanti. Non sponsorizza inoltre in nessun modo alcun supporto informatico e non è finanziata da case farmaceutiche. I dati raccolti rimangono ad ogni modo anonimi, riservati e utilizzati solamente per le ricerche concordate in precedenza tra i partecipanti. Non escludiamo in futuro di utilizzare la struttura di Internet per una più veloce e diretta trasmissione dei dati, ma teniamo a ribadire che lo strumento informatico rimane comunque solo uno strumento e non va in alcun modo privilegiato rispetto al contenuto culturale della ricerca.

Marina Marin

La lettera di Marina Marin chiarisce perfettamente l'autonomia da interessi commerciali della rete coordinata dai pediatri milanesi; questa garanzia di autonomia non è data da tutte le reti ed è stato bene chiarirlo. Nel numero scorso di "Quaderni acp" abbiamo pubblicato una schema di documento di adesione a questa rete

che vuole diventare stabile per essere un punto di riferimento per ricerche epidemiologiche; sempre nello scorso numero abbiamo anche esposto l'ipotesi di uno studio di coorte che ci sembra ambizioso, ma fattibile ed indipendente dal possesso del mezzo elettronico. Gli entusiasmi del mezzo elettronico come "unico strumento" per rilievi epidemiologici non sono mai appartenuti a noi che abbiamo esclusivamente utilizzato, per la redazione di questa rivista, proprio il mezzo elettronico. Si può fare comunque della buona epidemiologia. La rete cui appartiene Marina Marin lo ha dimostrato. Ci piace, infatti, comunicare ai lettori che un articolo con i risultati del monitoraggio della varicella comparirà sul The Pediatric Infectious Disease Journal.

È appena il caso di dire che i pediatri della rete che auspichiamo non diventano "possesso della rete", ma possono per parte loro partecipare ad altre rilevazioni da altri organizzate, sulla base di loro valutazioni.





Ubaldo Dimita: il ricordo di un amico

La Neonatologia italiana ha perso un primario neonatologo orientato alla ricerca di una maggiore razionalità nelle cure al neonato basata, più che sul tecnicismo imperante, sulla prevenzione, sull'organizzazione dipartimentale a monte e a valle, sull'individualizzazione delle cure, sulla conoscenza delle risorse di ogni neonato, sulla valutazione dei risultati. Ormai da diversi anni Ubaldo aveva un dialogo aperto con noi di Trento. Nell'ottobre del 1995 ci aveva invitati a Palermo per discutere sui problemi del suo reparto e per parlare con i neonatologi palermitani della nostra cosiddetta "demedicalizzazione". Aveva idee chiare, aveva tanta fede. Anche dopo l'inizio delle cure, aveva una fiducia nella vita che lasciava stupefatti. Lo vidi a Caserta a fine maggio, per un Convegno internazionale del tutto particolare, organizzato da lui e da tutta la "scuo-

la" di Marcello Orzalesi. Era emaciato e sofferente, ma tanto sereno e soddisfatto per essere riuscito a darci tanto. Con gli occhi che gli brillavano mi disse: "Tu mi capisci più di tanti altri. Negli ultimi anni a Palermo abbiamo ottenuto dati eccezionalmente buoni, proprio sui neonati tra 500 e 1.500 g". In tutto il mondo questa è la categoria di neonati più rappresentativa per giudicare l'efficacia delle cure: costituiscono l'1% di tutti i neonati, ma più del 50% di tutta la mortalità neonatale. Ubaldo mi riferì dati incredibili. Tutti sanno che in Sicilia la mortalità infantile è tra le più alte d'Italia, assieme alla Campania (ultimi dati ufficiali 1994: Campania 8,8, Sicilia 8,5 per mille). Eppure nel suo reparto, al Buccheri La Ferla di Palermo, la mortalità 500-1.500 g negli anni '95-'97 è stata del tutto paragonabile a quelle registrate a Trento o Bolzano; 31 decessi su 207 prematuri (il 20% esterni) corrispondono ad una mortalità del 15% (14,4% a Trento, 15,3% a Bolzano negli anni '94-'96). Più in dettaglio: 35% tra 500 e 750 g (TN 47%, BZ 66%), 26% tra 750 e 1.000 g (TN 18%, BZ 24%), 10% tra 1.000 e 1.250 (TN 8%, BZ 10%). Del 6% è stata la mortalità tra 1.250 e 1.500 (TN e BZ 6%). Ha scritto: "La nostra attività assistenziale cerca di rispettare la teoria della "semplificazione delle cure", con una riduzione quanto più possibile dei giorni di ventilazione assistita, dell'uso di alimentazione parenterale e di cateteri, con precoce inizio dell'alimentazione (anche se <1.000 g), con riduzione delle trasfusioni...". "I risultati riportati dipendono da una politica sanitaria basata sulla dipartimentazione materno-infantile, con aumento di inborn rispetto agli outborn, confermando ancora una volta quanto afferma Dino Pedrotti: in Italia muoiono più neonati per mancanza di organizzazione e di comunicazione che per difetto di capacità tecniche o di attrezzature" (Atti del Convegno: comunicazione di E. Cristina, V. Rossella, U. Dimita). Caro Ubaldo, Ti ho scritto dopo Caserta, ma purtroppo non mi hai più risposto. Le nostre sono idee che, malgrado tutto, vanno avanti concretamente. Aver sentito personalmente da Te i Tuoi ultimi dati concreti di mortalità mi ha dato enorme soddisfazione. Sai quanto coltivi da anni

una "cultura del confronto" (con Udine, con Bolzano, con Te, con pochi altri). A paragone dei nostri dati ("di area" e non "di ospedale"), i Tuoi sono davvero dati eccezionali, incredibilmente belli, non solo perché paragonabili ai nostri (del cosiddetto Nord-Est), ma perché nettamente migliorati nel tempo, in un contesto tutto particolare come quello di Palermo. Tu hai dimostrato, come spesso dico, che molte cause di mortalità, nel Nord come nel Sud d'Italia, sono dovute a disorganizzazione e a mancanza di comunicazione interna ed esterna. La diversa latitudine diventa un fattore secondario, se ci sono gli uomini giusti. Io credo che l'Umanesimo migliori l'Efficienza, anche se l'Efficienza è la parte che dobbiamo curare per prima. Tu, nella città più difficile d'Italia, hai messo il neonato palermitano al centro. E sei riuscito a migliorare l'efficienza... Bravo Ubaldo, e grazie ancora per la Tua testimonianza, per la Tua generosità, per il Tuo sorriso! Ti ricorderemo e Ti saremo sempre vicini!

Dino Pedrotti



igiene
quotidiana
del naso...

nasino chiuso...

secchezza
delle mucose...

Libenar[®]

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

Libenar è il rimedio semplice e sicuro per le più comuni affezioni nasali di grandi e piccini. Soluzione fisiologica sterile allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, Libenar favorisce l'eliminazione delle eccessive secrezioni che ristagnano nelle fosse nasali, l'idratazione delle mucose ed il ripristino delle caratteristiche reologiche del muco.

Libenar agisce esclusivamente a livello locale e non contiene principi farmacologicamente attivi né conservanti: un trattamento naturale, consigliabile anche in condizioni fisiologiche normali per un'efficace prevenzione, nei lattanti, nella prima infanzia ed in gravidanza. In aerosolterapia Libenar può essere usato sia da solo che per diluire altri farmaci.

Libenar è disponibile nei praticissimi flaconcini per i più piccoli e nella versione spray per tutta la famiglia.

È un dispositivo medico. Leggere attentamente le istruzioni.

IN FARMACIA

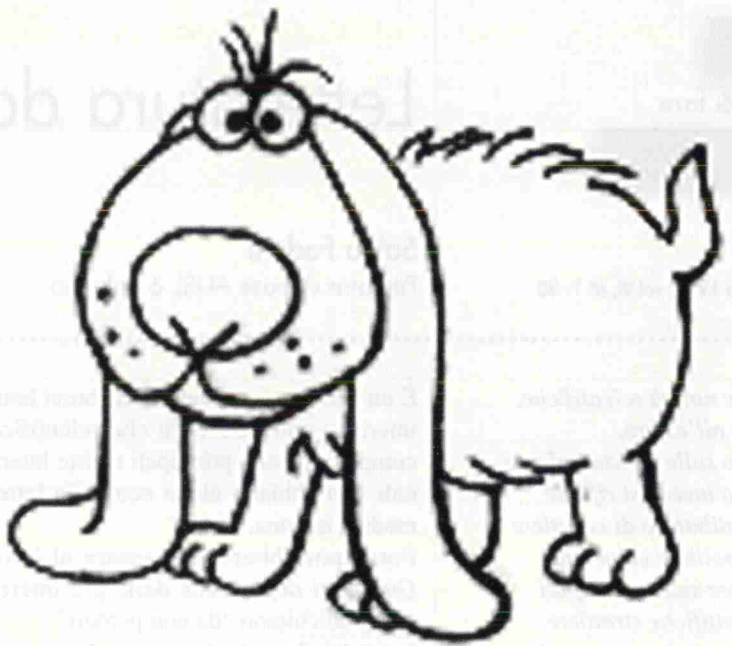


Non contiene conservanti.
Spray da 40 e 125 ml. Flaconcini da 12 e 24.

CE 0459

Libenar: un valido aiuto fin dal primo respiro.

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Letteratura da non perdere?
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Tosse cronica e broncopolmoniti ricorrenti
- **Aggiornamento avanzato**
Proviamo a capire di più dei nuovi concetti
in genetica medica
- **Il punto su**
Come l'Evidence Based Medicine può aiutare
i pediatri nella pratica quotidiana
- **Bambini con bisogni speciali**
Diseguaglianze sociali e salute
- **Il punto su**
I problemi risolvibili della dimissione precoce
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Quando i bambini navigano su Internet:
qualche consiglio i genitori

Letteratura da non perdere?

Salvo Fedele

Pediatra di base AUSL 6 Palermo

Molte delle novità scientifiche, pubblicate all'estero, rimbalzano sulle riviste italiane. Molto poco invece si riflette da noi sul dibattito di carattere etico o di politica culturale che compare sulle principali riviste scientifiche straniere. È anche questa letteratura da non perdere per il fare quotidiano?

È un vero peccato che alcune brevi letture, di interesse culturale oltre che scientifico, che compaiono nelle principali riviste internazionali non abbiano alcun eco nella letteratura medica italiana.

Forse potrebbero interessare al lettore di *Quaderni acp* alcune delle più interessanti che giudichiamo "da non perdere".

In realtà il titolo è seguito da un punto di domanda la cui ragione vale la pena di spiegare. Recentemente un prestigioso Istituto di cultura mi aveva chiesto di selezionare articoli da utilizzare come argomento di conversazione per corsi di Inglese riservati a medici. L'idea mi sembrava buona: piuttosto che continuare a intrattenere conversazioni improbabili su "il colore degli occhi del gatto della nonna", la lettura e la conversazione su temi culturali di interesse scientifico poteva essere un input positivo per l'apprendimento di un adulto. Il successo è stato catastrofico.

L'indice di rigetto dei miei articoli era prossimo al 99.9%. Ovviamente il mio incarico è stato prontamente revocato. Gli articoli che sceglievo venivano considerati "indigeribili" dai medici. Ma nel frattempo il lavoro di selezione cominciava ad appassionarmi e in redazione si è pensato che almeno qualche lettore di *Quaderni acp* avrebbe potuto considerare utile il mio lavoro. Cominciamo allora.

La comunicazione scientifica

"*The muse invoked*" è una lettura stimolante e (divertente) comparsa nella rubrica "Jabs & Jibes" di *The Lancet*. L'argomento è la *comunicazione scientifica, pregi e difetti*; qualche passo può servire da assaggio stimolante.

La lettura magistrale?: "*Che scusa possono avere individui (indubbiamente con alto QI, come dimostra la conversazione piacevole di cui sono capaci nei corridoi) quando presentano grafici così chiari da renderli somi-*

glianti a un codice a barre?"

E ancora... i poster scientifici?: "*la forma più bizzarra di comunicazione scientifica mai inventata, come ci si può aspettare di imparare qualche cosa da questa forma indigeribile di comunicazione?*"

Proliferazione di congressi

Sull'argomento sempre lo stesso numero di *The Lancet* propone "A meeting too many". Forse in questo caso l'osservazione più interessante è su "*chi paga il relatore congressista globe-trotter*". Argomento tabù in Italia.

Quando impareranno i medici a capire che soltanto un relatore completamente pagato dall'ascoltatore potrà davvero considerarsi (ed essere considerato) indipendente?

Il tempo per questa consapevolezza è lontano: "*negli anni '90 il modello accademico sembra assimilabile al motto: - rispondo alla chiamata di chiunque, if the money is right and the venue exotic enough*" -.

Problemi del mondo anglosassone?

Diritti umani e mondo scientifico

Il tema è trattato da un editoriale di *Science*. Piuttosto sconsolanti le notizie che arrivano da questa lettura. Un workshop che doveva svolgersi all'interno del meeting annuale 1998 dell'American Physical Society intitolato: "*Diritti umani degli scientist di tutto il mondo, cosa può fare la comunità scientifica internazionale, cosa sta facendo*" è stato cancellato perché tra i cinquemila (5.000) partecipanti al meeting solo due erano presenti in aula al momento dell'inizio dei lavori". L'editoriale di *Science* sottolinea come questo evento raffiguri bene l'attuale disinteresse della comunità medica mondiale verso il problema. Eppure, leggiamo su *The Lancet*, che riprende il tema dell'editoriale di *Science* e lo sviluppa ulteriormente, il motivo di interesse dovrebbe essere forte. Organizzazioni come the *World Medical Association*, *Amnesty International*, *Physician for*

Human Rights hanno dimostrato come l'azione della comunità scientifica internazionale si è rilevata spesso la più efficace nel portare avanti importanti battaglie di libertà. Da qualche tempo ho sperimentato la difficoltà di "sensibilizzare" la comunità medica al problema; l'errore da evitare sembra quello di pensare a una delega alla comunità politica. La delega ai polverosi uffici del ministero degli esteri italiano non può portare ad alcun risultato. Le organizzazioni internazionali che si adoperano per i diritti umani hanno una forte autonomia finanziaria che consente lo sviluppo di iniziative gestite in prima persona. Qualcuno si chiede quando avremo una sezione italiana efficiente di *Physician for Human Rights*.

Geopoliticamente l'Italia è vicinissima a situazioni ad alto rischio assolutamente ignorate dal mondo politico (Tunisia: chi si ricorda dell'iniziativa dell'ACP per il prof. Marzoukj?). Iniziative autonome del mondo scientifico possono rilevarsi le più efficienti. Ma quando trovare il tempo, diranno i miei amici medici?

Non ho alcuna risposta se non quella di ricordare le parole di Ramsome-Kuti, medico nigeriano recentemente liberato proprio grazie alla tenace azione di *Physi-*

cian for Human Rights: "I governanti che non hanno scrupolo alcuno in *abusing the independence and integrity of health professionals* sono gli stessi che si occupano poco degli standard di salute del loro paese. Sono gli stessi che si occupano di ottenere per se stessi e i loro familiari *expensive medical treatment* in lontane regioni straniere usando quelle stesse risorse che non utilizzano per migliorare l'accesso a strutture sanitarie per il loro popolo". E per oggi basta.

P.S.

Ero fortemente incuriosito da quell'indice di rigetto del 99.9% che il mio committente mi aveva comunicato. Avrei voluto conoscere quel "medico 0.01%". Il sospetto forte era che non esistesse un medico su 10.000 partecipanti ai corsi dell'Istituto di cultura. Improbabili 10.000 partecipanti medici ai corsi, anche se su base nazionale. La segretaria dell'istituto di cultura è rimasta fortemente perplessa quando ho detto che se era vera quella percentuale rinunciavo al mio onorario, in cambio di conoscere l'unico mio estimatore. Con mia grande sorpresa ho scoperto che la percentuale di rigetto non era così alta come in un primo tempo l'Istituto mi aveva comunicato. Gli articoli scelti dal sottoscritto erano stati apprezzati da ben due dei cinquemila partecipanti ai corsi, il che equivale a una percentuale ben superiore: lo... % (fate voi i calcoli). Ho preteso allora il mio pagamento e telefonato ai due medici.

*Ho scoperto che non erano italiani: l'uno era tunisino, l'altro iracheno. Li ho ringraziati e ho detto loro che quelle centomila lire sarebbero servite per fondare la sezione italiana di *Physician for Human Rights*. Se qualcuno è interessato forse riusciremo a diventare quattro.* ■

Bibliografia

David Greenwood The muse invoked *Lancet* 1998;352:1236

A meeting too many *Lancet* 1998;352:1161 (editoriale)

James Glanz Human rights fades as a cause for scientists *Science* 1998;282:216

Learning human rights lessons from physics *Lancet* 1998;352:1401 (editoriale)

short

Il cane e la malattia da graffio di gatto

Bambino di 10 anni ricoverato per febbre da 2 gg (38°-39°C) con linfoadenopatia cervicale bilaterale. In famiglia c'è un cucciolo da due mesi ed un gatto, ma il b. non ha subito alcun morso. Esami standard normali, VES 48 mm/h, proteina C reattiva 2 mg/dl, Epstein Barr negativo. I linfonodi aumentano nonostante le cefalosporine e la minociclina. In 8° giorno si positivizzano gli anticorpi IgG contro la "Bartonella henselae"; che aumentano di titolo in 18° giorno.

Si fa un tampone dalla bocca del cucciolo (e supponiamo anche del gatto!) e si cercano le sequenze della Bartonella con la PCR: sono positive.

Ingolositi dal risultato gli aa studiano allora la prevalenza degli anticorpi contro la Bartonella in 52 cani. Erano positivi in 4. La PCR per le sequenze del germe (tampone orale, unghie, sangue) era positiva in 3. Anche i cani quindi sono "Reservoirs" della Bartonella.

Il termine malattia da graffio di gatto pertanto è confondente e può portare ad errori, specialmente nella indagine anamnestica del pediatra. Non sappiamo quanto questo quadro sia diffuso, ma in letteratura esiste solo un altro caso descritto.

M. Tsukahara et al. "Bartonella henselae" infection from a dog. *Lancet* 1998;352:1682

Parole chiave: Malattia da graffio di gatto, Bartonella



BRONCHIOLITE

Nel trattamento la budenoside fa cilecca

Obiettivi L'obiettivo della ricerca è cercare di capire se la budenoside (B) è efficace nel trattamento della bronchiolite (b) acuta e previene il wheezing che segue la b: l'incidenza di tale fenomeno sembra essere del 75% nei 2 anni che seguono la b, del 52% nei 5 anni seguenti e del 22% negli 8-10 anni seguenti.

Metodi Si tratta di un trial randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo. I bambini del trial erano 40 (83% di positivi al RSV) di età fra 4 e 41 mesi.

Ventuno ricevettero la B (1 mg/die in 2 ml di soluzione per 2 volte per 5 gg; poi 0.5 mg in 2 ml per 2 volte per 6 settimane), 19 il placebo.

Dopo la dimissione ai genitori era stata consegnata terbutalina da usare a casa in presenza di dispnea/wheezing.

Misure di esito in acuto: modificazioni dello score clinico, giorni passati in ossigeno, concentrazione massima di ossigeno, durata del trattamento ospedaliero. Misure di esito dopo la dimissione: presenza di tosse o di fischio segnalati nel diario, uso di terbutalina.

Risultati Fra i due gruppi non si è riscontrata alcuna differenza in nessuno dei criteri usati: né nel tempo passato in ossigeno, né nella massima concentrazione di ossigeno richiesta (30%), né nella durata del trattamento ospedaliero (3 gg per i gruppo placebo, 2 gg per i trattati).

Dopo la dimissione nessuna differenza nei giorni passati senza sintomi (8.5 nei trattati, 12 nel gruppo placebo), né nell'uso di terbutalina (10 bb fra quelli trattati, 4 bb fra quelli del placebo); ebbero sintomi: 15 bb del gruppo trattato e 15 bb del gruppo placebo.

Sono stati ri-ricoverati per wheezing 10 bb del gruppo trattato, 2 del gruppo placebo.

Conclusioni Nessun beneficio è dimostrabile nell'uso di B sia in acuto che in follow-up al contrario di uno studio precedente (*Br J Clin Res 1995;6:113-9*) che però non era in cieco ed era retrospettivo e di un secondo studio (*Arch Ped Adolesc Med 1996;150:512-7*) che era però senza gruppo di controllo e che trascurava la diagnosi etiologica di bronchiolite perché non determinava la presenza dell'RSV. Per raggiungere una potenza di maggiore sicurezza lo studio avrebbe dovuto raggiungere una dimensione di 25 bb per gruppo, ma la casistica ha fornito solo 40 bambini nella stagione studiata.

Commento È vero, come riconoscono gli stessi aa, che per essere più certo lo studio avrebbe dovuto raggiungere maggiori dimensioni, ma i dati sono sicuramente di grande interesse per la consensualità dei risultati. I dati grezzamente numerici, infatti, se si esclude la durata del trattamento ospedaliero (3 gg con placebo, 2 gg con B) vanno tutti in una stessa direzione. Il trattamento della b, quindi, rimane un problema, come dicevamo un paio di anni fa su *Quaderni acp (1996;5:32)*, al quale non hanno dato risposta né i vecchi (*J of Pediatr 1997;130:191*) e neppure i nuovissimi cortisonici topici.

H. Richter et al. Early nebulized budesonide in the treatment of bronchiolitis and the prevention of postbronchiolitic wheezing. J. of Pediatr 1998;132:849

Parole chiave: Bronchiolite, Budenoside, Corticosteroidi, Cortisonici topici



short

Meno antibiotici nell'otite, ma come?

Come diminuire l'uso degli antibiotici nell'otite media?

È un commentary del Lancet. Il 20% degli antibiotici per os negli USA viene utilizzato per l'otite media; in media un bambino fa tre mesi di terapia nei primi due anni di vita!

Oltre il 90% degli episodi vengono trattati con l'antibiotico.

Eppure sembrerebbe che l'infezione si risolva spontaneamente nell'80-90% dei casi, con la gran parte dei sintomi che recedono entro 24 ore dalla loro comparsa. Il fallimento del placebo si riscontra per il controllo del dolore, ma non per la persistenza della febbre o la comparsa di complicanze; la comparsa di mastoidite e di suppurazione endocranica non viene segnalata nei vari trials della letteratura e sono evenienze eccezionali nei casi non trattati con l'antibiotico-terapia nei paesi industrializzati.

Il Dutch College of General Practitioners raccomanda di trattare i bambini con età superiore ai 2 anni con sintomatici (paracetamolo con o senza gocce nasali decongestionanti) per i primi 3 giorni; se i sintomi persistono, si valuterà se trattare con l'antibiotico o continuare l'osservazione; per quelli con meno di 2 anni il protocollo è uguale, ma il follow-up è previsto dopo le prime 24 ore. In conclusione vengono suggerite le seguenti misure per il trattamento dell'otite:

1. un miglior training in otoscopia;
2. l'abbandono dell'uso routinario degli antibiotici per l'otite media con effusione e per la prevenzione delle OMAR;
3. il ricorso all'antibiotico (sommministrato per brevi periodi) solo per quei pazienti che non migliorano dopo un'osservazione breve.

J. V. Hirschmann Methods for decreasing antibiotic use in otitis media. Lancet 1998;352:672

Parole chiave: Antibiotici, Otite media acuta

SIDS

Più sicuri nel lettone?

Obiettivi Il sonno del lattante e l'allattamento al seno durante la notte si sono co-evoluti in condizioni di quasi continuo contatto con i genitori. Ciò solleva la possibilità che la storicamente recente tendenza al sonno solitario dei lattanti combinata con la riduzione, se non eliminazione, delle poppate notturne possa privare i lattanti di un importante effetto regolatore fisiologico materno potenzialmente in grado di aiutare alcuni bambini a superare i deficit di sonno e di risveglio correlati con la SIDS. L'autore ipotizza che una situazione di stretta vicinanza nel sonno potrebbe ridurre il rischio di SIDS attraverso la particolare struttura del sonno sia del lattante, abituato a frequenti risvegli per succhiare al seno, sia della madre più pronta al risveglio in caso di eventi anomali che potrebbero verificarsi a carico del bambino.

Metodi Sono stati studiati 35 lattanti nell'età di massima incidenza della SIDS in condizioni di condivisione del lettone e di sonno solitario. Venti coppie madre-bambino condivisori del lettone abituali (AL) e quindici dormienti solitari abituali (AS) furono sottoposte a tre notti consecutive di polisomnografia e ripresa video. Tutti i bambini erano pressoché esclusivamente allattati al seno.

Dopo una prima notte di adattamento con modalità di sonno identiche a quelle abituali le coppie sperimentarono, in ordine casuale, una notte di sonno nel lettone e una notte di sonno solitario. I risultati furono valutati mediante ANOVA, il test di Wilcoxon e il test-U di Mann-Whitney.

Risultati Indipendentemente dalle abitudini precedenti durante la notte di sonno nel lettone i bambini venivano quasi sempre posti in posizione supina, mentre la posizione prona era più comunemente usata

nelle notti di sonno solitario. Inoltre durante le notti nel lettone i bambini erano pressoché sempre rivolti verso la madre, soprattutto gli AL che succhiavano al seno due volte di più e per tre volte il tempo degli AS. Sia nelle notti nel lettone che nelle notti solitarie i bambini AL presentarono significativamente più risvegli. Anche i bambini AS, durante le notti nel lettone, presentarono più risvegli rispetto alle loro notti solitarie. Le madri AL rispondono più spesso delle madri AS al risveglio dei loro bambini durante le notti nel lettone e questo dimostra che le madri non si abituano alla presenza dei loro figli nel letto, ma mantengono un buon livello di all'erta. La qualità del sonno fu giudicata positivamente dalle madri AL dopo le notti nel lettone. Interessante è anche il fatto che le coppie AL nelle notti nel lettone passarono più tempo dormendo che non le coppie AS nelle notti solitarie. I bambini AL passarono meno tempo negli stadi profondi del sonno (3-4) e più tempo nel sonno più leggero durante le notti nel lettone sia rispetto ai bambini AS sia rispetto alle loro notti nel lettone, il che sottolinea l'importanza dell'interazione con la madre e le possibili differenze di sviluppo neurologico legate alle modalità del sonno.

Conclusioni La preferenza delle madri a mettere i loro bambini a dormire supini, la maggiore disponibilità all'allattamento al seno con più numerosi risvegli dei bambini, un più lungo periodo di sonno ma con una durata ridotta del tempo passato negli stadi più profondi del sonno e una aumentata sensibilità delle madri e bambini AL nei confronti dello stato di sonno del partner sono alcuni degli effetti della condivisione del letto da parte di madre e figlio. Questi dati supportano la possibilità che, in condizioni di sicurezza, il dormire insieme e l'allattamento al seno possano ridurre il rischio di SIDS. Comunque conclusioni definitive non possono essere tratte.

Commento Conclusioni definitive no, ma quasi. L'autore da molti anni studia il sonno nelle coppie madre-figlio e i suoi riflessi sull'allattamento al seno. A ciò sta aggiungendo interessanti osservazioni sulla possibile influenza di tale modalità di

sonno sulla SIDS. Altri lavori avevano creato del panico a tale proposito attribuendo alla condivisione del letto un aumentato rischio, ma si dimentica troppo facilmente (chissà a chi dà noia?) che in quei casi erano anche presenti il fumo e l'alcol materni. In assenza di altri fattori di rischio sappiamo quindi che tenersi il bambino nel letto non può fargli altro che bene e in questa sintesi di diversi lavori ci siamo fatti un'idea anche di quali possano essere i meccanismi.

J. McKenna Sleep physiology of mother-infant pairs in the solitary and bedsharing environments: implications for SIDS. *Ambulatory Child Health* 1998;4-S1:138

Parole chiave: SIDS, Sonno, Allattamento al seno

short

Airbag: sì, no, ni

Il dubbio non è nuovo, anzi ormai è una certezza. L'airbag, propagandato come presidio di sicura efficacia nelle automobili in caso di urto frontale, è addirittura pericoloso se il passeggero anteriore è un bambino di età inferiore a 12 anni, tanto più se il bambino non è legato con la cintura di sicurezza. Una soluzione che sembra promettente, in quanto più rapidamente realizzabile che non modifiche alla progettazione degli airbag (che comunque vengono auspiccate), è quella di una legge che obblighi i genitori a trasportare i bambini al di sotto di 12 anni sui sedili posteriori. In attesa della legge sarà bene inserire questa informazione nelle raccomandazioni sulla prevenzione degli incidenti.

J. D. Graham et al. Reducing risks to children in vehicles with passenger airbags. *Pediatrics* 1998;102:e3

Parole chiave: Incidenti, Airbag

Tosse cronica e broncopolmoniti ricorrenti

Luciano de Seta, Eliana Brigante

IV Divisione di Pediatria e Centro di Broncopneumologia
e Allergologia Ospedale SS. Annunziata, Napoli

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 42-43

Storia di un bambino di quattro anni con tosse da qualche mese, specialmente al mattino, e due radiografie del torace che, in tempi diversi, dimostrano opacità parenchimali. Alla fine la madre si ricorda che...

La storia

Giuseppe è un bambino di quattro anni e sei mesi che nel maggio di quest'anno viene in ambulatorio di broncopneumologia e allergologia per tosse cronica e broncopolmoniti ricorrenti da quattro mesi. La tosse è iniziata nelle feste di Natale ed è stata diagnosticata una broncopolmonite. Per il persistere della tosse, dopo circa quindici giorni, il pediatra curante ha fatto praticare una radiografia del torace che ha messo in evidenza un "piccolo focolaio di addensamento parenchimale in medio basale a destra". Per questo è stato trattato con ceftriaxone 500mg/die per sette giorni. La tosse è solo un poco migliorata perciò sono stati consultati un altro pediatra e uno pneumologo. Questi hanno richiesto due nuovi controlli radiografici. Il primo evidenziava: "Opacità parenchimale in regione basale destra. Accentuazione e disordine del disegno polmonare ilo-parailare; seni costo-frenici liberi. Conservato il rapporto cardiotoracico". Il secondo, a distanza di un mese, segnalava: "In ambo i lati ampi e chiari come di norma i campi polmonari dagli apici alle basi. Regolari ed in sede i profili diaframmatici, con seni complementari liberi. Discreta e diffusa l'accentuazione del disegno bronco-vasale. Nessun'alterazione a carico dell'ombra cardiovasale". Dopo la seconda radiografia al bambino era stato praticato un altro ciclo di antibiotico-terapia con Ampicillina-Sulbactam per altri dieci giorni senza che si assistesse ad alcun miglioramento della tosse e del reperto obiettivo respiratorio.

Il decorso

In reparto la madre riferisce con precisione che il bambino tossisce di mattino al risveglio e, inoltre quando corre o quando esegue uno sforzo fisico. Durante la giornata il bambino presenta sei-sette di queste che sono vere crisi di tosse. All'esame clinico Giuseppe si presenta in buone condizioni generali, peso e altezza adeguati all'età. La sua storia remota è negativa per altri problemi. All'esame obiettivo del torace si ascoltano ronchi e

rantoli a grosse e medie bolle con sibili e gemiti espiratori più accentuati all'emitorace destro, alla base del quale si apprezza una modesta diminuzione del murmure vescicolare. Il quadro clinico è, dunque, quello di una "bronchite" con modesta componente stenotica maggiormente presente a destra in un bambino con due precedenti episodi di broncopolmoniti radiograficamente dimostrate nella stessa sede in un periodo relativamente breve. La radiografia standard del torace, praticata in ospedale, risulta negativa. Gli indici infiammatori (VES, PCR, alfa2 al QPE, conta dei bianchi e neutrofilii segmentati) risultano nella norma. Le prove di funzionalità respiratoria prima e dopo beta due e dopo sforzo sono di difficile interpretazione per la scarsa partecipazione del bambino. Pertanto viene iniziata terapia con salbutamolo per aerosol senza che si assista, dopo 48 ore, a un significativo miglioramento della tosse e del reperto obiettivo respiratorio. I prick test per i comuni aeroallergeni sono negativi; un test del sudore, l'alfa1 antitripsina e le immunoglobuline seriche, i linfociti totali e le sottopopolazioni linfocitarie nella norma, così come una Mantoux. Sulla scorta della negatività del test del sudore, di deficit immunitari dei B e dei T linfociti ci si orienta verso alterazioni anatomiche dell'albero bronchiale congenite o acquisite (bronchiectasie, anomalie dei vasi polmonari, enfisema lobare congenito).

Viene richiesta una TAC polmonare ad alta risoluzione. Questa dimostra: "I campi polmonari medi e inferiori di destra appaiono iperespansi e iperchiarati. Il mediastino appare in asse. Normale l'espansione e la densitometria dei campi polmonari superiori. Non si rilevano tumefazioni linfonodali". Non essendo stata evidenziata alcuna malformazione dell'albero bronchiale o dei vasi bronchiali, esclusa la presenza di linfonodi comprimenti un bronco principale o segmentario e la presenza di bronchiectasie, lesioni ben rilevabili alla TAC, la diagnostica differenziale viene orientata verso le cause di ostruzione bronchiale a valvola con intrappolamento di aria, dimostra-

tata alla TAC, e possibilmente dovuta a ostruzione parziale del lume bronchiale. Tra queste, esclusi i tumori endobronchiali perché estremamente rari nell'infanzia, si è pensato all'inalazione di corpo estraneo endobronchiale nonostante che questa possibilità fosse stata ripetutamente negata dalla madre più volte interrogata in merito. Si decide, perciò, di eseguire un esame broncoscopico. Questo dimostra, a livello del bronco lobare inferiore di destra, un corpo estraneo vegetale parzialmente ostruente il lume con una forte reazione infiammatoria locale a carico della mucosa della zona di decubito che appare iperemica, iperplastica e facilmente sanguinante. Si procede al prelievo mirato della secrezione distalmente alla zona di osservazione, con lo scopo di tipizzare la flora batterica eventualmente presente nel ristagno di secrezione nella zona polmonare esclusa temporaneamente dalla ventilazione e, quindi, a rischio di sviluppare bronchiectasie.

La diagnosi

La diagnosi deriva dalle conclusioni della broncoscopia: *“presenza ed asportazione di corpo estraneo vegetale (frammento di arachide) dal bronco lobare inferiore di destra”*. La mamma, solo dopo che le fu mostrato il frammento di arachide, si ricorda *“improvvisamente”* che durante le vacanze di Natale il bambino, febbrile per un'infezione delle vie respiratorie, mentre stava sgranocchiando delle arachidi, aveva presentato una crisi di tosse improvvisa, accessionale che era durata diversi minuti. Dopo qualche giorno era iniziata tosse insistente prevalentemente diurna che era andata assumendo le caratteristiche *“accessionali”* dopo alcune settimane.

Commento

L'inalazione bronchiale di corpo estraneo è una patologia cui bisognerebbe sempre pensare in presenza di un bambino di 1-5 anni (meglio se maschio) che tossisce insistente da più di 3-4 settimane senza una causa spiegabile. In questo caso mancava il dato anamnestico dell'inalazione del corpo estraneo. Questo succede spesso se il corpo estraneo, di dimensioni molto piccole, si localizza in un bronco lobare. In questi casi la crisi di tosse che sempre si associa all'inalazione può non essere osservata dai genitori, in quanto non clamorosa, o viene dimenticata. Così non accade nei casi di inalazione laringea o tracheale nei quali la sintomatologia è molto eclatante e, per questo, non passa inosservata.

Nel nostro caso, inoltre, erano trascorsi quattro mesi dall'inizio della sintomatologia e il quadro è stato reso più ingannevole dai due episodi broncopolmonari che, definiti come broncopolmoniti, hanno teso ad essere classificati come episodi acuti risolti dalla terapia antibiotica. Questi, almeno in parte, sono stati favoriti dal ridotto scambio aereo che si era verificato a livello del lobo inferiore di destra per la parziale ostruzione del bronco lobare inferiore indotta dal corpo estraneo inalato. L'anamnesi non è stata di nessun aiuto, anzi è risultata fortemente confondente. L'esame clinico ha evidenziato un reperto di broncostenosi presente sia a destra sia a sinistra, più accentuato alla base dell'emitorace destro, associato a una modesta riduzione del murmure vescicolare. Non vi era una chiara differenza del reperto obiettivo respiratorio tra i due emitoraci; questo non deve meravigliare se in due grosse casistiche con più di un centinaio di casi ciascuna l'esame obiettivo dell'apparato respiratorio è risultato normale nel 20-40% dei casi. Le radiografie del torace praticate a casa e in ospedale sono risultate negative per il più frequente segno radiologico di un'inalazione bronchiale (enfisema ostruttivo localizzato) a differenza dell'inalazione laringo-tracheale che presenta un'alterazione del quadro radiologico nell'80% dei casi. Nel sospetto fondato di inalazione del corpo estraneo con un bambino collaborante sarebbe utile praticare una radiografia del torace in profonda inspirazione ed espirazione. L'alterazione del flusso delle vie aeree in un bambino con parziale ostruzione bronchiale favorirà un intrappolamento di aria e quindi un aumento dell'enfisema dal lato coinvolto. Anche la visione radioscopica diretta può essere utile in quanto permette di evidenziare un movimento mediastinico paradossico con un aumento in larghezza delle strutture mediastiniche durante l'inspirazione. La TAC, da noi utilizzata, nell'80% dei casi non aggiunge molto ad una radiografia o a una fluoroscopia in inspirazione ed espirazione; in questo caso però è stata molto utile perché ha consentito di evidenziare la iperinflazione delle regioni inferiori del polmone destro che non era stata evidenziata dalle radiografie del torace e che ha fatto scattare il sospetto dell'inalazione e hanno indotto a praticare la broncoscopia. Quattro mesi sembrano tanti per diagnosticare un'inalazione bronchiale di corpo estraneo e comunque, per fortuna, non sono stati sufficienti, in questo caso, a causare complicanze più o meno gravi che vanno dalle polmoniti

ricorrenti (in realtà due episodi ci sono stati), alle bronchiectasie, fino all'ascesso polmonare con esito in più o meno estese resezioni segmentarie o lobari. La diagnostica differenziale dell'inalazione di corpi estranei è poco richiamata sulle riviste di pediatria ed ancor di meno sui trattati; è anche poco presente tra i temi di aggiornamento dei numerosi convegni pediatrici. E questo nonostante che l'inalazione di corpo estraneo non sia rara soprattutto tra i bambini di 1-4 anni e che la non tempestiva diagnosi possa portare a discrete complicanze. Se tre mesi non sono pochi per porre diagnosi di inalazione di corpo estraneo, sono decisamente troppi due anni: questo è il tempo che ha dovuto aspettare un bambino americano di ben otto anni che due anni prima aveva inalato un pezzetto della plastica di un giocattolo ed ha girato diversi day-care e ospedali per polmoniti ricorrenti con bronchiectasie che hanno portato alla resezione del lobo medio e inferiore di destra, come riportato nel caso settimanale del *New England Journal of Medicine* del 6 Ottobre 1998.

Che cosa abbiamo imparato

Dal caso, e dalla consultazione della letteratura relativa, abbiamo imparato:

- Che l'anamnesi nell'inalazione bronchiale di corpo estraneo può essere decisamente ingannevole.
- Che bisogna sempre sospettare, e quindi escludere, l'inalazione di corpo estraneo bronchiale in un bambino con tosse cronica, soprattutto se di tipo accessionale.
- Che una parte (la letteratura dice un terzo) dei casi d'inalazione riguarda alimenti e tra questi occupano il primo posto le arachidi e le nocciole; che l'inalazione bronchiale nei bambini più piccoli è quasi egualmente frequente sia a destra sia a sinistra; che per escluderla può non essere sufficiente la radiografia standard del torace ma è necessaria la visione scopia diretta in inspirazione ed espirazione.
- Che più tardiva è la diagnosi, maggiori sono i rischi di gravi complicanze (bronchiectasie, atelettasie, ascessi, ecc.) che si verificano maggiormente dopo l'inalazione di corpi estranei vegetali; che 2/3 dei corpi estranei sono localizzati nel bronco principale e il restante nei bronchi distali; che la diagnosi dei corpi estranei a sede distale può essere difficile. ■

Proviamo a capire di più dei nuovi concetti in genetica medica

Maurizio Genuardi, Fiorella Gurrieri, Marcella Zollino, Giovanni Neri
Istituto di Genetica Medica, Università Cattolica del Sacro Cuore

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 44-48

Pubblichiamo la seconda parte dell'articolo di Genuardi e coll.; si tratta, questa volta, di una specie di dizionario di genetica. Sul numero precedente (Dicembre 1988) di "Quaderni acp" abbiamo chiarito i motivi, ed i limiti, di questa nostra iniziativa editoriale.

Il clonaggio genico

Il *clonaggio genico* (CG) consiste nell'isolamento e produzione di più copie identiche di un determinato gene utilizzando le tecniche del DNA ricombinante. Attraverso queste procedure si ottiene una quantità di copie sufficiente a studiare adeguatamente la struttura e la funzione del gene identificato, ad esempio mediante un'analisi della sequenza o uno studio dell'espressione in vitro.

Il punto di partenza nel processo del CG è solitamente una popolazione composta di DNA, quale ad esempio:

- 1) DNA genomico totale (che contiene sia sequenze geniche sia sequenze anonime non codificanti);
- 2) cDNA (DNA complementare all'RNA messaggero ovvero solo DNA codificante) estratto dal tessuto in cui si presume che il gene venga prevalentemente espresso.

In entrambi i casi, il gene che si vuole identificare rappresenta solo una parte infinitesima del DNA: ad esempio, il gene *distrofina*, le cui mutazioni sono responsabili della distrofia muscolare di Duchenne, corrisponde soltanto allo 0,08% dell'intero DNA genomico umano.

Prima di procedere alla ricerca del gene cui si è interessati è necessario amplificare il DNA di partenza, cioè produrne più copie identiche: questo si ottiene frammentando il DNA in segmenti di dimensione opportuna, introducendo questi frammenti in appositi vettori (plasmidi, cosmidi, yacs, ecc.), che li veicolano all'interno di cellule batteriche o di lievito in modo da moltiplicarsi in concomitanza della replicazione di questi microorganismi. Ciascuna cellula conterrà solo un tipo di frammento del DNA di partenza, il quale

sarà poi trasmesso ad ogni divisione alle cellule discendenti: pertanto ciascuna cellula darà origine ad un clone. L'insieme dei cloni che rappresentano il DNA totale costituisce una *libreria genomica o genoteca*.

Il problema principale è a questo punto quello di identificare il gene che interessa (di solito responsabile di una determinata patologia). A tale scopo esistono diverse strategie di CG, ciascuna delle quali è applicabile a seconda dei materiali e delle conoscenze di cui si dispone riguardo alla malattia che si vuole studiare.

1) Clonaggio funzionale (CF): in questo caso si utilizzano informazioni sulla funzione di un gene patologico non identificato al fine di identificare il gene stesso. Se ad esempio è noto il prodotto genico, in base al codice genetico si possono dedurre dalla sequenza aminoacidica sequenze di DNA (oligonucleotidi) gene-specifiche. Questi oligonucleotidi possono essere utilizzati come sonde per testare librerie genomiche e identificare i cloni corrispondenti all'intero gene (Collins, 1995).

2) Clonaggio posizionale consiste nell'identificare il gene conoscendone la localizzazione cromosomica. Tale localizzazione può essere nota o in seguito a studi di linkage o in seguito all'osservazione di riarrangiamenti cromosomici della regione frequentemente associata con la malattia. L'approccio consiste nel costruire una mappa fisica della regione di interesse e ricercare all'interno di essa sequenze geniche (Collins, 1992).

3) Strategia basata sul gene candidato di cui si conosce la localizzazione. In tal caso è nota la localizzazione del gene patologico e sono noti anche una serie di geni mappati

Per corrispondenza:
Maurizio Genuardi,
Tel. 06-30154927; FAX 06-3050031

nella regione di interesse. È possibile che sia nota anche la funzione di alcuni di questi geni e che questa si avvicini alla funzione presunta del gene patologico: in tal caso il gene è un candidato sia posizionale che funzionale. In tal senso può essere utile conoscere l'effetto fenotipico di mutazioni di questi geni nel topo e confrontarlo con il fenotipo/malattia nell'uomo. La conferma definitiva che il gene identificato sia quello responsabile della malattia in esame proviene comunque dal riscontro di mutazioni della sequenza del gene nel DNA dei pazienti rispetto agli individui non affetti.

4) Clonaggio di espressione: In alcuni casi il sistema di clonaggio serve a produrre in grandi quantità non il gene, ma la proteina codificata da un determinato gene: a tale scopo si utilizzano vettori appositi che vengono definiti vettori di espressione. Questo metodo può essere utile per produrre insulina, interferone o antigeni virali utilizzati come vaccini.

L'analisi molecolare del DNA

L'analisi molecolare del DNA consente di studiare le alterazioni di un singolo gene associato a malattia genetica. Se il gene/malattia è noto, esso può essere studiato direttamente; se il gene non è noto, ma se ne conosce la sua localizzazione sul cromosoma, esso può essere studiato indirettamente, tramite analisi della segregazione di sequenze di DNA che lo fiancheggiano. Il primo tipo di indagine, cioè l'analisi diretta del gene, può essere condotta anche in un singolo individuo affetto da una determinata malattia genetica. Il secondo tipo di indagine, che è un'analisi di linkage genetico, va estesa a più membri della stessa famiglia in cui segrega un gene patologico. L'analisi di linkage sfrutta alcune sequenze di DNA, spesso anonime, che sono ad una brevissima distanza dal gene in esame, talmente concatenate ad esso che se ne dissociano molto raramente per effetto del crossing-over meiotico. Tali sequenze (marcatori) non sono espressione, in sé, della mutazione genetica, ma in un certo senso la etichettano, consentendo di individuare il cromosoma sede della mutazione. Questo tipo di indagine è possibile se gli individui analizzati sono eterozigoti per il mar-

catore, e questa circostanza è tanto più frequente quanto più il marcatore è polimorfico, cioè quanto più alto è il numero degli alleli nella popolazione generale.

Il tempo richiesto per una analisi molecolare del DNA può variare da pochi giorni ad alcuni mesi, a seconda della tecnica che è necessario usare e dello spettro mutazionale del gene in esame. Le tecniche applicate all'analisi molecolare del DNA sono molteplici. Una di esse, che ha importanza storica, in quanto ha dato un enorme impulso alla diagnosi genetica, è la tecnica del *Southern blotting*, la quale viene condotta su DNA genomico, ridotto in piccoli frammenti tramite uso di enzimi di restrizione. I frammenti sono poi fatti migrare su gel in campo elettroforetico: quanto più piccolo è il frammento di DNA, tanto maggiore è la sua velocità di migrazione. Trasferiti su membrana, i frammenti vengono denaturati, resi cioè a singolo filamento, e ibridati con una sonda nota di DNA, resa radioattiva, anch'essa a singolo filamento. Se con l'ibridazione si riconoscono frammenti anomali, il segmento di DNA studiato è sede di una mutazione genetica. Attualmente, la tecnica di maggior uso è la PCR (*Polymerase Chain Reaction*). Tramite PCR, un segmento di DNA, in presenza di specifici nucleotidi di innesco, può essere riprodotto in vitro milioni di volte, sì da richiedere una piccolissima quantità di DNA genomico di partenza. Per l'analisi diretta del gene, tramite PCR vengono in genere amplificati singoli esoni. Dal momento che la presenza di una mutazione nel loro contesto ne altera la motilità

elettroforetica su gel, varie procedure, come quella SSCP (*Single-Strand Conformation Polymorphism*) sono in genere utilizzate per uno screening iniziale di mutazioni. La differenza in una singola base altera infatti la conformazione spaziale e la mobilità elettroforetica dell'esone studiato. A questo punto viene eseguito il sequenziamento diretto degli esoni che mostrano uno slittamento nella corsa su gel.

Occorre precisare che non sempre è possibile eseguire una analisi molecolare del DNA, anche quando la presenza di una mutazione genetica è inconfutabile. Perché, infatti, ciò sia possibile è necessario che il gene sia noto (in questo caso si può analizzare un singolo individuo affetto) oppure che ne sia nota almeno la sua localizzazione (in questo caso è necessario estendere l'indagine a più membri della famiglia).

Nella **tabella 1** sono riportate alcune malattie genetiche, raggruppate per tipo di trasmissione ereditaria, diagnosticabili con diverse metodiche di analisi molecolare.

Test presintomatici e predittivi

In linea di principio un test genetico è un'analisi di materiale biologico (DNA, RNA, cromosomi, proteine ed alcuni metaboliti) eseguita in un contesto clinico per identificare varianti genotipiche e fenotipiche associate a patologie ereditarie. I test presintomatici e predittivi consentono di identificare mutazioni responsabili di malattie *prima ancora della comparsa dei sintomi* negli individui portatori. Entrambi i tipi di test sono applicati a condizioni che sono generalmente trasmesse in maniera autosomica dominante e si manifestano negli adulti, seppure con età d'insorgenza variabile. Nel caso dei test presintomatici, la mutazione ha una penetranza completa: la malattia compare inevitabilmente in tutti i portatori dell'alterazione genetica, come accade per la corea di Huntington, una patologia degenerativa del sistema nervoso centrale, caratterizzata da movimenti involontari e



demenza progressiva, per la quale non sono disponibili allo stato attuale terapie efficaci. Il test presintomatico può essere eseguito negli individui a rischio, appartenenti a famiglie in cui segrega la malattia. È importante sottolineare che la decisione di sottoporsi o meno al test per la malattia di Huntington spetta all'individuo a rischio, al quale devono essere fornite tutte le notizie utili ai fini di tale scelta. L'aspetto informativo è altrettanto importante nel caso dei test predittivi, i quali, a differenza dei test presintomatici, mettono in evidenza la presenza o l'assenza di una predisposizione o suscettibilità allo sviluppo di una specifica malattia. Il risultato del test fornisce in tal caso indicazioni di natura probabilistica riguardo alla futura comparsa di una malattia. Sono state particolarmente approfondite le problematiche relative al test che consente di mettere in evidenza una predisposizione ereditaria allo sviluppo di tumori della mammella e dell'ovaio, condizione che riguarda circa il 5-10% di queste neoplasie. Tra i geni implicati nelle forme ereditarie, i più importanti sono *BRCA1* e *BRCA2*. Il rischio di sviluppare un carcinoma mammario o un carcinoma ovarico entro i 70

anni per una donna portatrice di una mutazione nel gene *BRCA1* è stimato rispettivamente intorno a 70% e 50%. L'assenza di una mutazione non esclude tuttavia la possibilità che queste patologie si manifestino, poiché permane il rischio della popolazione generale (circa 6% per il tumore della mammella). Inoltre, la tecnologia attuale ha una sensibilità limitata, per cui non in tutte le famiglie si riesce ad identificare la mutazione responsabile della predisposizione. Pertanto, qualunque ne sia l'esito, il test non fornisce alcuna certezza. A questo elemento di dubbio si accompagna la mancanza di dati sufficienti a stabilire l'efficacia delle diverse misure di sorveglianza e preventive che vengono prospettate alle donne ad alto rischio di sviluppare queste neoplasie. Nonostante questi problemi, è emerso da vari studi che la maggior parte delle persone a rischio preferisce sottoporsi al test, soprattutto per ridurre l'ansia legata allo stato d'incertezza.

I test presintomatici e predittivi sono oggi applicabili ad un numero relativamente limitato di condizioni, ma è prevedibile che in un prossimo futuro sarà possibile individuare la predisposizione a molte

forme comuni di malattia (aterosclerosi, ipertensione, tumori non propriamente ereditari, diabete, ecc.). Con lo sviluppo delle conoscenze aumenteranno verosimilmente anche i problemi di natura etica connessi. A questo proposito va detto che, allo stato attuale, le linee guida formulate da diverse società scientifiche e associazioni professionali indicano chiaramente che i soggetti di età minore non vanno sottoposti ai test genetici, a meno che l'esito del test non condizioni il successivo iter diagnostico e terapeutico. È questo il caso della poliposi familiare del colon (*FAP*) e del carcinoma midollare ereditario della tiroide (*FMCT*): per entrambe queste condizioni i sintomi possono comparire nell'infanzia o nell'adolescenza, e il test genetico consente di individuare i soggetti che vanno sottoposti a controlli periodici (coloscopie per la *FAP*) o addirittura a interventi chirurgici (colectomia subtotale per la *FAP*; tiroidectomia per l'*FMCT*), e al contempo, di risparmiare queste procedure ai soggetti che non risultano portatori di mutazioni.

La FISH

Il termine **FISH** (*Fluorescent In Situ Hybridization*) si riferisce ad una tecnica di indagine che, negli ultimi anni, ha potenziato enormemente le possibilità di diagnosi di malattia genetica. Essa consiste in una tecnica di ibridazione tra una sonda nota di DNA e il DNA oggetto di

Tab. 1. Esempi di malattie genetiche diagnosticabili con analisi molecolare del DNA

Malattia genetica	Tipo di alterazione genica	Tecnica impiegata
Ereditarietà X-linked		
Sindrome X fragile	Espansione tripletta CGG	Southern blotting
Distrofia di Duchenne	Delezione parziale	PCR
	Duplicazione parziale	
	Mutazione puntiforme	
Ereditarietà AR		
Atrofie muscolari spinali	Delezione parziale	PCR
Fibrosi cistica	Mutazione puntiforme	PCR
- e -talassemia	Delezione parziale	PCR
	Mutazione puntiforme	
	Mutazione puntiforme	
Ereditarietà AD		
Distrofia miotonica	Espansione tripletta CTG	Southern blotting
Malattia di Huntington	Espansione tripletta CAG	PCR
Neurofibromatosi tipo I	Delezione parziale	PCR
	Mutazione puntiforme	



studio, entrambi denaturati, e quindi resi a singolo filamento. La sonda nota viene prima marcata con biotina o digossigenina, usualmente legate al nucleotide dUTP; l'ibridazione viene poi verificata con l'uso di avidina (che ha naturale affinità per la biotina) legata a fluorocromi, o con anticorpi anti-digossigenina, marcati con fluorocromi. Se la sonda marcata ha trovato il filamento complementare sul DNA oggetto di studio, sarà evidenziato un segnale fluorescente nella sede di ibridazione. La peculiarità della tecnica è che l'ibridazione avviene su singole cellule (singole metafasi o singoli nuclei), direttamente sul vetrino utilizzato per un'analisi al microscopio ottico, e perciò detta *in situ*. Un'altra peculiarità è che fa ricorso a sostanze non radioattive, ed è per questo del tutto innocua. Ma la caratteristica fondamentale, che l'ha resa preziosa per la diagnosi genetica, è che essa combina le capacità diagnostiche dell'analisi cromosomica e dell'analisi molecolare del DNA ("citogenetica molecolare"), consentendo quindi di superare i limiti della risoluzione citogenetica.

Essa può avere usi diversi, a seconda del

tipo di sonda impiegata. Può evidenziare un intero cromosoma ("painting" cromosomico), e in questo caso è utile per l'analisi di traslocazioni cromosomiche bilanciate o sbilanciate; può essere diretta al centromero dei cromosomi, specifico per ogni coppia di omologhi, per evidenziare anomalie di numero dei cromosomi; con l'uso di sonde specifiche per geni presenti in singola copia nel genoma umano, consente di svelare la presenza di microdelezioni o microduplicazioni di un segmento genetico. Per quest'ultima applicazione, diretta a sequenze in copia singola, occorre fare delle precisazioni:

1) essendo una tecnica che svela la presenza o l'assenza di un determinato segmento del genoma, consente di diagnosticare delle delezioni o delle duplicazioni geniche, ma non le mutazioni puntiformi dello stesso gene;

2) l'efficienza dell'ibridazione dipende dalla grandezza della sonda utilizzata, che deve essere non più piccola di 4-6 kb.

Attualmente, il campo di applicazione diagnostica riguarda le seguenti patologie:

1. alterazioni di numero dei cromosomi

nella patologia costituzionale e neoplastica. A questo scopo possono essere utilizzate sonde centromeriche che, se ibridate a nuclei in interfase, riducono a due-tre giorni i tempi di diagnosi. Relativamente all'analisi cromosomica delle neoplasie, l'uso di sonde centromeriche o di sonde "painting", dirette a svelare aneuploidie a significato prognostico, come la monosomia 7 o la trisomia 8 nelle leucemie, consente di superare alcuni problemi che frequentemente causano insuccessi nella diagnosi citogenetica dei tumori, come un basso indice mitotico o la scarsa qualità delle metafasi;

2. traslocazioni sbilanciate di incerta derivazione (sonde "painting"), o microtraslocazioni (sonde in singola copia);

3. sindromi genetiche da microdelezione o da microduplicazione (1) (sonde in singola copia); queste ultime sono elencate nella *tabella 2*, nella quale sono anche indicati i segni clinici salienti di ogni sindrome, la localizzazione cromosomica, e la percentuale delle forme che manifestano l'anomalia descritta.

Effetto dominante negativo ed aploinsufficienza

L'identificazione dei geni responsabili di diverse malattie ha posto le basi per la comprensione dei meccanismi molecolari attraverso cui le mutazioni geniche esplicano i loro effetti patogenetici. Uno di tali meccanismi, implicato nella patogenesi di condizioni autosomiche dominanti, è l'*effetto dominante negativo*, con il quale si indica l'inibizione della funzione del prodotto proteico di un allele normale ad opera del prodotto di un allele mutato al locus corrispondente. Un tipico esempio di effetto dominante negativo è rappresentato da alcune mutazioni riscontrate nell'osteogenesi imperfetta (OI). Questa condizione è caratterizzata clinicamente da un'aumentata tendenza alle fratture e dalla presenza (non costante) di sclere blu. Sulla base dei quadri radiologici e della gravità clinica è possibile distin-

Tab. 2. Principali sindromi genetiche da microdelezione o microduplicazione cromosomica, diagnosticabili con tecnica FISH

Sindrome	Segni clinici peculiari	Regione cromosomica	% casi con delezione (a) o duplicazione (b)
Principali sindromi genetiche da microdelezione diagnosticabili con tecnica FISH			
Prader-Willi	Obesità, RM	15q11*	70
Angelman	Epilessia, RM	15q11**	70
Wolf-Hirschhorn	Ritardo di crescita, RM Facies peculiare	4p16.3	100
Williams	Cardiopatìa, Facies peculiare	7q11.23	100
Di George	Cardiopatìa, Aplasia timica	22q11	85-90
Miller-Dieker	Lissencefalia	17p13.3	90
Smith-Magenis	RM, comportamento autodistruttivo	17p11.2	100
Alagille	Ittero, cardiopatìa	20p12	<7
Principali sindromi genetiche da microduplicazione diagnosticabili con tecnica FISH			
CMT tipo I	Neuropatia sensitiva e motoria	17p11	70-80

M: Ritardo mentale CMT: Charcot-Marie-Tooth

*Delezione allele paterno

**Delezione allele materno

guere quattro forme principali di OI. Il principale componente della matrice extracellulare ossea è il collagene di tipo I, che nella forma matura appare costituito da microfibrille, a loro volta derivate dall'ordinato assemblaggio di molecole eterotrimeriche comprendenti due catene di collagene tipo 1 ed una catena di tipo 2, le quali sono codificate da loci diversi, designati rispettivamente *COL1A1* e *COL1A2*. Mutazioni allo stato eterozigote a carico dell'uno o dell'altro gene determinano la comparsa delle manifestazioni cliniche dell'OI. Quando la mutazione è associata alla sintesi di un polipeptide 1 o 2 di conformazione anomala che viene incorporato nelle molecole eterotrimeriche, la struttura del reticolo di fibrille viene sovvertita, con conseguente indebolimento delle normali proprietà meccaniche. Nonostante una frazione consistente degli eterotrimeri prodotti dagli eterozigoti abbia struttura normale, in quanto contiene esclusivamente polipeptidi codificati da alleli selvatici, anche questi subiscono delle alterazioni secondarie in seguito alla distorsione generalizzata della rete di fibrille. Pertanto, un singolo allele 1 o 2 mutato non solo non viene correttamente assemblato, ma influisce negativamente

sulla funzione di tutti gli altri componenti 1 e 2 normali degli eterotrimeri, indipendentemente dall'appartenenza a eterotrimeri composti esclusivamente da polipeptidi normali o contenenti uno o più polipeptidi mutati.

L'effetto dominante negativo è riscontrabile anche in altre patologie del collagene (*sindrome di Stickler*, *sindrome di Kniest*, *sindrome di Ehlers-Danlos*, *epidermolisi bollosa distrofica*) e nelle patologie delle cheratine epidermiche, tra cui l'*epidermolisi bollosa simplex*. Più in generale, le mutazioni ad effetto dominante negativo non sono limitate alle proteine strutturali, ma possono colpire tutte le proteine a struttura multimerica.

Non tutte le forme di OI sono riconducibili all'effetto dominante negativo. In alcuni casi la mutazione determina la produzione di una quantità ridotta di polipeptidi, oppure di un polipeptide che non viene incorporato negli eterotrimeri. In linea di massima si osserva una correlazione tra meccanismo patogenetico a livello molecolare e manifestazioni cliniche: le mutazioni dominanti negative sono associate alle forme più gravi di OI (tipo II in particolare), mentre le mutazioni con effetto quantitativo sono prevalentemente associate a quadri meno gravi (tipo I e IV). Poiché in quest'ultimo caso sono prodotti esclusivamente polipeptidi normali, l'architettura della matrice extracellulare ossea è conservata, e di conseguenza la funzione di sostegno è parzialmente mantenuta. Tale effetto quantitativo, osservabile in alcune patologie autosomiche dominanti, è designato con il termine *aploinsufficienza*, che indica l'assenza o la perdita completa di funzione del prodotto genico codificato da un singolo allele ad un locus. Anche in questo caso gli individui affetti sono eterozigoti, poiché possiedono un allele attivo e un allele inattivo al locus corrispondente. La quantità di proteina attiva prodotta è pari all'incirca al 50% rispetto agli omozigoti per l'allele normale, e ciò determina la comparsa delle manifestazioni per effetto dose. La riduzione della quantità di proteina prodotta può essere determinata dall'assenza di un allele (delezione), da una mutazione che causa la produzione di un polipeptide inattivo (es. mutazione non-

senso o frameshift con conseguente sintesi di una proteina tronca), oppure da una mutazione nei siti che regolano l'espressione genica. L'assenza di un intero gene è tipicamente riscontrata nelle sindromi da microdelezione (es., *sindrome di Williams*, *sindrome di Di George*, *sindrome di Miller-Dieker*, *sindrome di Alagille*). Le manifestazioni cliniche della sindrome di Miller-Dieker sono riconducibili all'aploinsufficienza a carico di un singolo locus, il gene *LIS-1*: lo stesso quadro clinico può essere infatti conseguenza di una delezione più o meno ampia della regione 17p13.3, che contiene il gene *LIS-1*, oppure di mutazioni puntiformi che inattivano lo stesso gene. Per altre condizioni la situazione non è ancora molto chiara, poiché non sono stati ancora ben definiti i geni critici per la comparsa delle manifestazioni fenotipiche. ■

Bibliografia

- Budarf M.L., Emanuel B. Progress in the autosomal sequential aneusomy syndromes (SASs): single or multi-locus disorders? *Hum Mol Genet* 1997;6:1657-1665
- Byers P.H. Brittle bones - fragile molecules: Disorders of collagen gene structure and expression. *Trends Genet* 1990;6:293-299
- Collins F.S. Positional cloning: Let's not call it reverse anymore. *Nature Genet* 1992;1:3-6
- Collins F.S. Positional cloning moves from perditiional to traditional. *Nature Genet* 1995;9:347-350
- Eng C., Vijn J. Genetic testing: The problems and the promise. *Nature Biotechnol* 1997;15:422-426
- Fisher E., Scambler P. Human haploinsufficiency - one for sorrow, two for joy. *Nature Genet* 1994;7:5-7
- Jonsen A.R., Durfy S.J., Burke W., Motulsky A.G. The advent of the "unpatients". *Nature Med* 1996;2:622-624
- Villa A., Bozzi F., Sacco M.G. Malattie genetiche: come diagnosticarle e prevederne il decorso. *Le Scienze* 1998;100:60-68



Clenil[®]A

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

Fluibron A

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE CLENIL A

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: Beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Flaconcini monodose da 2 ml di sospensione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Per aerosolterapia: Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni** Infezioni virali tubercolari attive o quiescenti locali. Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL-A Monodose. Benchè CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciaquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL-A sospensione contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, cortisonico dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoide ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL-A è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL-A è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Proprietà tossicologiche** **Tossicità acuta:** DL50 (topo per os) > 4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) > 4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. **Tossicità cronica:** ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crisi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. **Tossicità genetica:** la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato dibasico biidrato, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 3 anni. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 10 flaconcini monodose da 2 ml - Lit. 9.300. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere chiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A. - Via Palermo 26/A - Parma **8. NUMERO DI A.I.C.** 023103070. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91. **10. ULTIMA REVISIONE TESTO** 31/05/95. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Da vendersi su presentazione di ricetta medica ripetibile.

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE FLUIBRON A Soluzione Monodose.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di soluzione allo 0.75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibrion non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibrion deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibrion anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibrion per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchio-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** **Tossicità acuta** - La tossicità acuta di Fluibrion valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). **Tossicità cronica** - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibrion è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. **Attività teratogena** - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibrion. **Attività mutagena** - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibrion. **Influenza sui vari organi ed apparati** - Si è dimostrato che Fluibrion non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibrion non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 10.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere chiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

Come l'Evidence Based Medicine può aiutare i pediatri nella pratica quotidiana

Stuart Logan, Ruth Gilbert

Centre for Evidence-based Child Health, Institute of Child Health, Londra

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 50-53

Nel numero di Agosto 1998 di Quaderni acp abbiamo pubblicato un articolo sull'EBM e le barriere che ne ostacolano l'attuazione. Ritorniamo sull'argomento con questo articolo di un'autorità nel campo. La semplicità con cui il problema trattato conferma l'autorevolezza della fonte.

Introduzione

Quale sarà il ruolo della Evidence-Based Medicine (EBM) nel futuro? Sarà considerata come una moda sorpassata? Un mezzo utilizzato dai manager per il controllo dei costi? O semplicemente come parte integrante della normale pratica clinica? L'approccio metodologico della EBM è, per certi versi, diverso dal tipo di medicina che la maggior parte di noi ha appreso durante la propria formazione. L'obiettivo è quello di sempre: prendere le migliori decisioni per i propri pazienti sulla base delle migliori informazioni disponibili. La novità introdotta dall'EBM è rendere le procedure decisionali più semplici e più sistematiche, sia per i clinici che per gli amministratori di sanità pubblica.

Perché è necessario cambiare?

Sfortunatamente tutti noi siamo consapevoli delle molte situazioni che abbiamo affrontato in modo superficiale o errato, con conseguenze catastrofiche. In certi casi ciò è accaduto a causa dell'inconsistenza o scarsità delle evidenze su cui si basavano certe decisioni ma in altri casi le informazioni disponibili non venivano utilizzate.

Negli anni settanta si diffuse tra i pediatri la convinzione che far dormire i bambini in posizione supina comportasse un aumento del rischio di morte improvvisa (SIDS), di conseguenza, tutti i pediatri consigliarono alle madri di far dormire i propri bambini in posizione prona. Tale convinzione era basata sia sul riscontro autoptico (più tardi dimostratosi un artefatto post-mortem) di tracce di latte in trachea, sia su deduzioni di tipo fisiopatologico, basate su dati che mostravano una migliore ossigenazione nei neonati molto prematuri quando tenuti in posizione

prona. L'evidenza prodotta da studi clinici controllati che mostrava un aumentato rischio di SIDS associato alla posizione prona rispetto alla supina è stata ignorata fino alla fine degli anni ottanta e molti bambini sono morti come risultato di tale errata interpretazione dell'evidenza (1). Lo sviluppo delle cure intensive neonatali ha prodotto un netto aumento della sopravvivenza dei bambini prematuri, ma allo stesso tempo anche un aumento della cecità dovuta a retinopatia del prematuro. Ci sono stati circa venti anni di ritardo tra l'introduzione della crioterapia per tale condizione ed una rigorosa valutazione con ampi studi randomizzati, della sua efficacia. Solo dopo averne dimostrato i benefici è stato possibile sviluppare i provvedimenti necessari per l'elaborazione di protocolli di screening e di trattamento, la formazione di personale specializzato, al fine di rendere tale pratica routinaria. La medicina perinatale fornisce l'esempio più spesso citato per illustrare il ritardo nell'applicazione nella corrente pratica clinica di evidenze scientifiche robuste fornite dagli studi clinici controllati. Sin dal 1972 sono stati condotti numerosi trial clinici randomizzati per valutare l'efficacia degli steroidi nelle donne con parto prematuro per migliorare la maturità polmonare del feto. Mentre molti studi fornivano risultati incoraggianti, altri li contraddicevano.

Quando tutti questi studi sono stati valutati congiuntamente in una revisione sistematica (2), è apparso chiaro che le differenze osservate erano dovute soltanto alla variabilità casuale dei campioni studiati, alcuni dei quali troppo piccoli per lo scopo che si proponevano. Ed inoltre, considerando l'insieme degli studi, il trattamento prenatale con steroidi riduceva notevolmente il rischio di

Traduzione di Marina Macchiaiolo

distress respiratorio nei prematuri. Eppure, nonostante siano passati molti anni dalla pubblicazione di tale revisione, la somministrazione di steroidi alle donne con parto prematuro non è ancora ovunque una pratica routinaria.

È triste riflettere su come sia complesso modificare la pratica clinica e considerare che pur di fronte ad una evidenza schiacciante a tutt'oggi molte donne, pur vivendo in paesi con sistemi sanitari sviluppati, non ricevano un trattamento di grande utilità per i propri bambini.

Semplici risposte

Di fronte a tali errori molti hanno suggerito che il metodo migliore per spingere i medici a prendere le decisioni più adeguate per i pazienti sia quello di identificare delle linee guida o delle direttive centrali. In realtà un approccio di questo tipo ha una sua efficacia solo nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un problema la cui soluzione sia lapalissiana ed il bilancio costo-beneficio ben stabilito; anche in queste situazioni, tuttavia, questo tipo di approccio non è sempre un mezzo efficace per modificare la pratica clinica.

Il problema principale è che le evidenze incontrovertibili sono rare, mentre il medico (o l'amministratore di sanità pubblica) deve prendere comunque delle decisioni, nonostante lo stato di incertezza. La velocità con cui avvengono i cambiamenti tecnologici e di conoscenza verosimilmente aumenterà nel futuro queste situazioni piuttosto che ridurle.

Per di più molte decisioni per la loro complessità si basano su una sintesi di vari pezzi di informazioni, tra cui le particolari caratteristiche della popolazione, le limitazioni delle risorse e le politiche sanitarie



nel loro complesso. Ad esempio, sebbene siano disponibili dati chiari sulla diversa sensibilità e specificità dei vari test per la diagnosi precoce di sordità neurosensoriale nell'infanzia ciò non è sufficiente per decidere automaticamente quale strategia di screening adottare. Le varie strategie infatti possono avere ricadute ed effetti diversi in molti altri servizi ad esempio sulle politiche di dimissione dai nidi o sui servizi sanitari di pediatria di comunità. La giusta strategia deve essere quindi diversificata da luogo a luogo e deve tenere conto di più ampie considerazioni, sebbene le evidenze in merito agli effetti dell'intervento siano le stesse.



Come prendere decisioni razionali

La maggior parte delle decisioni vengono normalmente prese senza considerazioni formali, in modo automatico e rapido. Può essere utile invece riflettere brevemente su come si arriva ad una decisione. Ogni volta che ci troviamo di fronte ad una scelta sulla quale dobbiamo esprimere la nostra preferenza, identifichiamo dapprima quali sono i possibili effetti favorevoli e sfavorevoli di ogni possibile scelta, poi valutiamo per ognuno di essi la "probabilità" che si verifichino, quindi attribuiamo ad ogni effetto un "valore", alla fine riflettiamo sulle varie combinazioni di probabilità-valore e prendiamo la decisione. Lo stesso percorso viene compiuto di fronte ad una scelta clinica, ma raramente viene effettuato in modo così esplicito. Che cosa avviene nella pratica quotidiana? Dapprima forniamo ai pazienti o ai loro genitori le possibili scelte (es.: fare o non fare un esame di laboratorio, iniziare o no una terapia), quindi stimiamo la probabilità dei diversi effetti che si possono verificare per

ogni scelta sulla base alla nostra esperienza clinica ed delle conoscenze fornite dalla letteratura. Quindi aiutiamo i pazienti ad attribuire un valore ad ogni possibile effetto ed infine li aiutiamo a decidere. Il cuore dell'EBM sta proprio nel tentativo di rendere tale processo il più esplicito possibile e di assicurare che le probabilità proposte siano basate sulle migliori evidenze al momento disponibili. Di nuovo è importante comprendere che di fronte a stime di probabilità identiche sarà possibile giungere a conclusioni diverse, poiché le conclusioni dipendono anche dal valore dato ad ogni possibile esito. Il vantaggio dell'EBM è che il possibile disaccordo in merito ai diversi valori, inclusi i costi che la società è disposta a pagare per raggiungere certi risultati, viene discusso apertamente e non confuso con un dibattito sulle stime di probabilità dei vari effetti. L'analisi del processo decisionale può essere affrontata in modo formale (3) oppure può essere utilizzata come un metodo qualitativo (o semi-quantitativo) per assicurare che la decisione sia stata presa in base a tutte le possibili scelte, a tutti i possibili effetti delle varie scelte, considerando opportunamente le probabilità e i valori dei diversi effetti.

Probabilità e valori

In genere i clinici sono piuttosto abili nel comprendere il valore che il paziente attribuisce ai possibili effetti di un trattamento e riesce a coinvolgerli nella valutazione dei costi-benefici. Far comprendere la stima delle probabilità è invece più complesso. Con l'aumentare dell'esperienza clinica ognuno si costruisce un suo bagaglio di stima di probabilità di vari eventi. L'arte della diagnosi in fondo, consiste essenzialmente nella produzione di una lista mentale di possibili diagnosi, generate in base all'anamnesi, ognuna delle quali ha la sua probabilità (grado di sospetto) che sarà

poi modificata dai risultati dell'esame obiettivo, dai risultati degli esami effettuati, fino a giungere ad una risposta che si riterrà essere la diagnosi più probabile. Allo stesso modo ci costruiamo una serie di idee sugli effetti dei diversi tipi di trattamento. Derivare queste probabilità dalla sola esperienza clinica, personale o di un esperto, ha però i suoi rischi. "L'esperienza clinica", a meno che non sia stata effettuata su una serie molto ampia e non selezionata di casi simili, potrebbe, per effetto del caso o della selezione involontaria dei pazienti osservati, fornire una valutazione sbilanciata o distorta della probabilità reale. Va considerato inoltre che l'esperienza clinica non pianificata a scopo di ricerca fa ricordare di più solo i casi più rari o eccitanti che possono fortemente influenzare il nostro punto di vista. In alcuni paesi inoltre i cambiamenti nella pratica clinica possono rendere la modalità di apprendimento più complessa. Molti medici, infatti, oggi lavorano all'interno di un team e tendono a demandare molto ad altre specialità, con il risultato che diventa sempre più complesso costruire delle esperienze complete; spesso non è possibile seguire i casi dalla diagnosi fino alla comparsa di effetti favorevoli o sfavorevoli a lungo termine, inoltre gli specialisti tendono a vedere le forme cliniche più gravi di una patologia. Valutare la letteratura per identificare le probabilità che ci servono, d'altro canto ha le sue difficoltà. Il primo scoglio è l'enorme quantità di dati a disposizione, dati che sono aumentati in modo esponenziale negli ultimi anni. La maggior parte dei medici non può leggere che una piccola proporzione dei lavori pubblicati, anche se solo nell'ambito del suo campo di interesse. Molti dei lavori pubblicati inoltre sono inutili, sia perché metodologicamente non validi sia perché spesso non partono dalla domanda giusta. È quindi necessario un metodo che ci aiuti a cercare e selezionare le evidenze più robuste senza farci disperdere nell'enorme quantità di letteratura inutile, che ci aiuti a valutare la validità degli studi e la rilevanza dei risultati per il paziente al quale siamo interessati, e che alla fine aiutandoci a sintetizzare tutte queste informazioni ci permetta di prendere delle decisioni.

Un esempio di EBM

L'approccio ai problemi indicato sopra necessita di due tipi di capacità. Prima di tutto è necessario apprendere come utilizzare dei semplici ausili tecnologici che rendono facile il reperimento dei dati rilevanti. In secondo luogo è necessario comprendere alcuni principi epidemiologici, tutto ciò al fine di valutare le informazioni più utili necessarie, nel più breve tempo possibile. Per utilizzare il metodo proposto sono necessari cinque passi successivi (tabella 1).

Tabella 1. Passi per usare al meglio l'evidenza disponibile

1. Trasformare i problemi clinici o di sanità pubblica in domande semplici a cui può essere data una risposta.
2. Individuare l'evidenza disponibile (dalla ricerca clinica, dalle osservazioni cliniche altrui, dalla propria pratica clinica).
3. Comprendere la validità e la rilevanza clinica delle evidenze disponibili.
4. Sintetizzare l'evidenza per avere un utile guida alle decisioni.
5. Valutare i cambiamenti apportati alla pratica.

Di seguito mostreremo tale approccio tramite un esempio valutando uno specifico problema. Supponiamo che tu sia un pediatra che sta valutando un bambino di due anni in pronto soccorso con un quadro di croup lieve.

Hai recentemente sentito che l'uso di corticosteroidi per aerosol in tali pazienti può essere efficace.

Vuoi decidere se utilizzarli o meno in questo paziente.

Per rispondere più efficacemente alle domande è necessaria una struttura in tre parti:

- (a) definire la popolazione alla quale appartiene il paziente in questione,
- (b) definire l'intervento in oggetto (con eventuale gruppo di confronto se è rilevante),
- (c) focalizzare l'attenzione sugli esiti più rilevanti.

Elaborare in tale modo la domanda aiuta sia ad identificare la migliore strategia di ricerca bibliografica sia a focalizzare l'attenzione sugli aspetti clinici più rilevanti per affrontare una specifica situazione. In questo caso una domanda appropriata potrebbe essere: nei bambini con croup

lieve (popolazione), una singola dose di budesonide confrontata con nessun trattamento (intervento e confronto) riduce il rischio di ricovero? (esito).

Le problematiche in merito ai trattamenti sono risolte in modo più efficiente dai clinical trial randomizzati controllati (RCT). Una ricerca tramite MEDLINE potrebbe essere effettuata utilizzando i termini "croup", "budesonide" e "clinical trial in PT" (PT significa publication type).

Tramite una prima valutazione dell'abstract è possibile identificare gli studi ritenuti rilevanti per questo caso. La ricerca



su MEDLINE indica tre studi (4-6) che hanno confrontato budesonide verso placebo, uno dei quali (4) è stato condotto su pazienti con croup lieve moderato e ha valutato l'ospedalizzazione come esito. In questo studio furono randomizzati 45 bambini e trattati con aerosol di budesonide o con aerosol di soluzione salina.

Il passo successivo prevede la valutazione critica dello studio trovato. L'EBM Working Group della McMaster University ha prodotto un'eccellente serie di guide per la valutazione critica di vari tipi

di studi, pubblicati su *JAMA* (7-14). La valutazione dello studio identificato indica che la randomizzazione attraverso la quale i pazienti venivano assegnati ad uno o all'altro trattamento era segreta e non intuibile dai medici; il follow-up è stato completo in entrambi i gruppi studiati; è stata effettuata una analisi dei dati "intention to treat"; i medici ed i pazienti non sapevano (ciechi, come si dice in gergo) quale trattamento stavano effettuando; nei due gruppi erano capitati pazienti nel loro insieme simili tra loro. Il rischio relativo (RR) di ospedalizzazione era di 0.14 e la riduzione relativa del rischio (RRR) era del 22%. In questa popolazione di bambini il rischio di ricovero di base (osservato nel gruppo trattato con placebo) era del 26%, ciò suggerisce che il numero di bambini che sarebbe necessario trattare con il budesonide per prevenire un ricovero (number needed to treat o NNT) è di 4.5 (IC 95% 2.5, 25).

Gli altri due RCT identificati erano condotti su bambini con croup medio-grave e mostrava un beneficio del trattamento con budesonide rispetto al placebo, un altro invece mostrava simili risultati in bambini trattati con desametasone orale o budesonide nebulizzato. Questi tre studi non forniscono certo una evidenza incontrovertibile ma indubbiamente ci permettono di stimare la possibilità di efficacia del budesonide nel nostro paziente. Prima di prendere una decisione abbiamo necessità però di sintetizzare la stima della probabilità di un effetto positivo e pensarla contro la nostra stima dei possibili effetti collaterali di una dose di steroide per via aerosolica (probabilmente estremamente bassi) e di altri possibili conseguenze negative, incluso lo

stress del bambino che deve respirare tramite la mascherina ed il costo della somministrazione. Chiaramente non ci sarà una sola risposta corretta; in diverse circostanze possiamo valutare questi risultati in modi diversi, in base ad esempio all'opinione dei genitori nel somministrare cortisonici al loro bambino. Una volta che la decisione è stata presa è comunque necessario valutare l'importanza degli effetti che tale decisione produce nella pratica e rivalutarla nel tempo.

Conclusioni

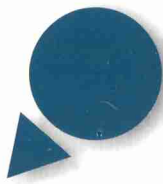
Coloro che avevano sperato che l'EBM fornisca risposte semplici ai problemi della pratica clinica saranno probabilmente delusi. Evidenze incontrovertibili sono rare e i problemi clinici sono quasi sempre complessi. Questo è del resto il motivo per cui il compito di curare è affidato a clinici e non a tecnici. Sebbene non crediamo che i clinici effettuino tale processo ogni qualvolta che visitano un bambino, crediamo che questo possa essere un mezzo utile per il clinico per valutare e soppesare le evidenze a disposizione in modo tale che insieme alle famiglie possa decidere la migliore strategia di trattamento per i propri bambini. Tale metodologia inoltre aiuta il clinico ad articolare priorità di ricerca aiutando ad identificare quesiti interessanti per la pratica clinica piuttosto che quesiti interessanti per il ricercatore.

L'efficacia reale dell'EBM nel migliorare la gestione della salute rimane ancora dubbia e in attesa di valutazione formale; si può comunque giudicare sin d'ora che sia una componente significativamente utile all'interno della cultura delle verifiche. ■



Bibliografia

1. Gilbert R. The changing epidemiology of SIDS. *Archives of Disease in Childhood* 1994;70:445-9
2. Crowley P., Chalmers I., Keirse M.J. The effects of corticosteroid administration before preterm delivery: an overview of the evidence from controlled trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990;97:1-3
3. Gilbert R., Logan S. Use of decision analysis in clinical practice and policy. *Evidence-Based health Policy and Management* 1997;1:25-6
4. Klassen T.P., Feldman M.E., Watters L.K., Sutcliffe T., Rowe P.C. Nebulised budesonide for children with mild to moderate croup. *New England Journal of Medicine* 1994;331:285-9
5. Husby S., Agertoft L., Mortensen S., Pedersen S. Treatment of croup with nebulised steroid (budesonide): a double blind, placebo controlled study. *Archives of Disease in Childhood* 1992;68:352-5
6. Geelhoed G.C., MacDonald W.B.G. Oral and inhaled steroids in croup: a randomised, placebo controlled trial. *Pediatric Pulmonology* 1995;20:355-61
7. Oxman A.D., Sackett D.L., Guyatt G. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. *JAMA* 1993;270,21:2093-2095
8. Guyatt G., Sackett D.L., Cook D.J. Users' guide to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1994;271,1:59-63
9. Jaeschke R., Guyatt G., Sackett D.L. Users' guides to the medical literature III. How to Use an Article About a Diagnostic Test. A. Are the Results of the Study Valid? *JAMA* 1994;271,5:389-391
10. Jaeschke R., Guyatt G., Sackett D.L. Users' guides to the medical literature III. How to Use an Article About a Diagnostic Test. B. What Are the Results and Will They Help Me in Caring for My Patients? *JAMA* 1994;271,9:703-707
11. Levine M., Walter S., Lee H., Haines T., Holbrook A., Moyer V. Users' guides to the medical literature IV. How to Use an article about Harm. *JAMA* 1994;271,20:1615-1619
12. Laupacis A., Wells G., Richardson W.S., Tugwell P. Users' guides to the medical literature V. How to Use an Article About Prognosis. *JAMA* 1994;272,3:234-237
13. Oxman A.D., Cokk D.J., Guyatt G. Users' guides to the medical literature VI. How to Use an Overview *JAMA* 1994;272,17:1367-1371
14. Oxman A.D., Sackett D.L., Guyatt G. Users' guides to the medical literature II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? *JAMA* 1993;270,21:2598-2601



Bambini
con bisogni
speciali

Diseguaglianze sociali e salute

Giuseppe Cirillo

Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 54-55

Secondo oramai numerosi studi esiste una correlazione molto stretta fra le condizioni sociali dei bambini alla nascita e la loro salute da adulti. Questo articolo riassume due di questi studi.

Due studi hanno recentemente preso in considerazione sia l'origine delle ineguaglianze nella salute (1) che il rapporto fra la salute durante l'infanzia e le ineguaglianze sociali e la salute nell'età adulta (2). L'obiettivo del primo studio è stato quello di determinare le origini delle Diseguaglianze nella Salute (Health Inequalities – HI) negli adulti in rapporto alla loro posizione sociale nei primi trent'anni di vita.

È stata utilizzata la coorte dei nati nel 1958 in UK. La classe sociale è stata associata con fattori fisici di rischio (peso alla nascita, altezza, indice di massa corporea da adulto); circostanze economiche (sovraffollamento abitativo, basso reddito); comportamento sanitario dei genitori e del campione (latte materno, fumo); situazione familiare (divorzio, separazione del campione e dei genitori); disturbi emozionali durante l'adolescenza; supporto sociale nelle prime epoche dell'età adulta; livelli d'istruzione raggiunta ed il livello occupazionale (non qualificazione, disoccupazione, perdita del posto). Il campione considerato è stato seguito e intervistato all'età di 7, 11, 16, 23 e 33 anni. Le informazioni all'età di 23 anni e 33 sono state raccolte con interviste ai partecipanti, mentre le informazioni precedenti sono state ottenute da varie fonti comprendenti i genitori, la scuola e gli stessi partecipanti allo studio. La classe di origine è stata identificata dall'occupazione del padre al tempo della nascita dei partecipanti. La salute all'età di 33 anni è stata misurata attraverso: autovalutazione, malattie croniche, distress psicologico, sintomi respiratori, asma, dolore alla schiena, artrite, reumatismo, dolori articolari, emicrania, dolore di stomaco, ipertensione, eczema, allergie, disordini mentali o altri disordini psicologici. I risultati emersi dallo

studio sono così riassumibili relativamente al più importante dei problemi e cioè alla morbilità in età adulta e origine sociale (alla nascita). È evidente un gradiente per le diverse misure della salute considerate, con aumento della prevalenza al decrescere della classe sociale. Il trend è particolarmente stretto per uomini e donne con riferita scarsa salute, sintomi respiratori e distress psicologico, e per le donne con problemi mestruali.

Il peso medio alla nascita e l'altezza a 7 e 33 anni aumenta significativamente al crescere della classe sociale. Le classi sociali basse hanno un più alto indice di massa corporea a 33 anni, ma non a 7. Le differenze nelle circostanze socio-economiche dall'infanzia all'età adulta si accordano con la classe di origine. La percentuale di partecipanti che vive in abitazioni sovraffollate, di scarsa qualità ed cui i bambini ricevono pasti gratis a scuola, aumenta significativamente con l'abbassarsi della classe sociale. Questo stretto trend presente nell'età adulta comprende: avere un reddito medio più basso, avere casa in affitto o ricevere benefici statali. Per quanto riguarda poi i comportamenti dei genitori, risulta che con il decrescere della classe sociale si riduce l'allattamento materno e aumenta il fumo. Il trend nel fumo cresce nei partecipanti in età adulta parallelamente ai genitori. Una dieta non buona (pane bianco, scarso consumo di frutta e vegetali) ha lo stesso tipo di andamento. I partecipanti nati nelle classi sociali più basse hanno sperimentato più facilmente la separazione o il divorzio dei loro genitori e a loro volta hanno prodotto disfunzioni familiari da adulti: gravidanza da adolescenti, divorzio o separazione, famiglia monoparentale, ecc... La classe sociale alla nascita è risultata anche strettamente associata con la qualifi-

Per corrispondenza:
Giuseppe Cirillo,
E-mail: giciri@tin.it

cazione acquisita all'età di 23 anni. Quelli della classe sociale più bassa hanno sperimentato più disoccupazione tra il momento di lasciare la scuola e l'età di 23 anni e fra gli uomini fino a 33 anni così come hanno avuto maggiore insicurezza del posto di lavoro. In questa coorte di popolazione, seguita dalla nascita fino a 33 anni, è evidente una stretta associazione tra classe sociale alla nascita e accumulo di fattori di rischio per la salute da adulti. Con poche eccezioni quindi risulta un trend stretto di incremento della disuguaglianza nella salute da adulti, quando sono presenti i fattori di rischio considerati.

I fattori di rischio esercitano quindi un effetto cumulativo durante la vita che influenza le HI in età adulta.

Le disuguaglianze nella salute sono il risultato di differenze tra i vari gruppi sociali nell'esposizione a fattori fisici e sociali dannosi o promuoventi la salute.

Per esempio la crescita in utero e durante l'infanzia può influenzare il rischio di malattie croniche da adulto, come malattie cardiovascolari, malattie ostruttive dei bronchi e diabete. L'altezza è associata con la mortalità, particolarmente per malattie respiratorie e cardiovascolari; il che suggerisce che le circostanze socio-economiche in cui i bambini vivono possono avere un effetto a lungo termine sulla mortalità.

Quali le implicazioni per un intervento preventivo?

Un'ovvia implicazione è che le strategie preventive dovrebbero tendere a ridurre le disuguaglianze precocemente nella vita e che bisognerebbe disporre di strumenti che possano facilmente produrre benefici multipli. Un intervento precoce da prendere in seria considerazione è costituito dalle cure prescolari e dall'educazione che hanno mostrato le maggiori conseguenze positive da numerosi punti di vista: migliore performance scolastica, da cui dipendono altri benefici comprendenti la situazione socio-economica degli adolescenti, l'acquisizione di istruzione, la posizione sociale da adulti ed i comportamenti sanitari.

È molto probabile che gli interventi non sanitari, diretti a migliorare la condizione sociale dei bambini, siano potenzialmente più efficaci a breve, medio e lungo termine, ai fini della salute, che non screening, ricoveri ecc. Il secondo studio (2) parte

dalla ovvia considerazione che durante questo secolo sono stati fatti miglioramenti notevoli nell'area della salute e dello sviluppo fisico infantile. Ciò nonostante persistono nelle società sviluppate le disuguaglianze nella salute che hanno origine socioeconomica. Le disuguaglianze socioeconomiche nella salute infantile possono avere un impatto nella vita da adulti, cioè gli adulti possono portare un contributo negativo legato alle differenze nella loro salute che abbiano una origine socioeconomica (Socioeconomic Health Differences - SEHD)? Nella teoria della influenza sociale, la salute infantile può contribuire alla disuguaglianza nella vita adulta attraverso alcuni meccanismi:

1) I bambini di famiglie con basso livello socioeconomico (Socioeconomic Status - SES) sono facilmente di basso SES da adulti.

2) I bambini di famiglie con bassa SES sono meno in salute, e le malattie da bambini sono in relazione allo stato di salute nella vita adulta.

3) In più ci può essere un effetto sulla salute infantile attraverso la selezione per la salute, cioè i problemi di salute durante l'età infantile influenzano lo stato socio-economico quando comincia la vita adulta. Le evidenze circa questo ultimo meccanismo sono per altro ambigue.

I risultati del primo studio inglese di coorte tuttavia mostrano che le malattie gravi nell'infanzia e lo stato di salute durante l'adolescenza spiegano una parte delle differenze di classe sociale nello stato di salute all'età di 36 anni.

In questo studio longitudinale sulle differenze socioeconomiche nella salute sono disponibili dati retrospettivi per analizzare l'influenza della salute nell'infanzia sulla salute in età adulta (25-34) in Olanda.

Il nocciolo della ricerca è il seguente:

qual'è il contributo della salute infantile nella comprensione delle disuguaglianze nella salute di origine sociale all'inizio della vita adulta? Lo studio è basato su di una coorte di 18.973 individui di età compresa tra 15 e 74 anni, non istituzionalizzati, che vivono nella città e nella periferia di Eindhoven. La salute nelle prime epoche della vita adulta è stata definita per il periodo tra 25 e 34 anni. La salute infantile è stata definita retrospettivamente. Lo stato

socioeconomico infantile è stato indicato dal livello occupazionale del padre all'età di 12 anni.

L'analisi è stata realizzata in due step.

Il primo ha valutato l'associazione tra salute infantile e salute da adulti così come tra salute infantile e stato socio-economico da adulti. Solo quando le caratteristiche della salute da bambini sono relative sia alla salute che allo stato socio-economico nell'età adulta precoce è stato verificato il ruolo dello stato di salute durante l'infanzia nella determinazione della SEHD nella vita adulta precoce; questo rappresenta il 2° step dello studio. Dallo studio risulta che coloro che riportano malattie severe o ricoveri ospedalieri nell'infanzia hanno più problemi di salute nell'età adulta, con un rischio *due volte più alto*. Viene anche dimostrato che il livello d'istruzione e quello socio-economico da adulti è strettamente legato ai problemi di salute durante l'infanzia (le malattie severe dell'infanzia sono 2.5 volte più frequenti ed i ricoveri ospedalieri 4 volte). Raggiungere il target n. 1 dell'OMS di riduzione delle disuguaglianze nella salute del 25%, intervenendo sulla salute infantile può essere un obiettivo importante da porsi e da raggiungere. Infine una curiosità che conferma antichi detti popolari italiani: durante uno studio longitudinale sui gemelli danesi (3) è stato dimostrato che le donne di basso strato sociale perdono un dente per ogni figlio mentre le donne di strato sociale elevato perdono un dente ogni due figli. ■

Bibliografia

- (1) C. Power, S. Matthews Origins of Health inequalities in a national sample. *Lancet* 1997;350:1584
- (2) H. van de Mheen, K. Stronks, C.W. Looman, J.P. Mackenbach Role of Childhood Health in the Explanation of Socioeconomic Inequalities in Early Adult Health. *J. Epidemiol Community Health* 1998;52:15
- (3) K. Christensen D., Gaist B., Jeune J.W. Wanpel A tooth per child? *Lancet* 1998;352:204

I problemi (risolvibili) della dimissione precoce

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 56-57

Giancarlo Biasini

Appare sempre più chiaro che il quasi solo problema della dimissione precoce (d. p.) del neonato è una maggiore attenzione all'ittero. Perché la d. p. sia completamente senza rischi è necessaria una più precoce presa in carico del neonato da parte del pediatra di famiglia.

Uno dei problemi che in Italia ostacolano l'estensione della dimissione precoce del neonato, o semplicemente la rendono male accetta, è il rischio che questi, nel periodo che intercorre fra la dimissione e la presa in carico da parte del pediatra, vada incontro a problemi che, orfano com'è di assistenza, gli facciano correre dei rischi. In uno studio recente (*Pediatrics 1998;101:32*) gli AA (americani di Detroit in Michigan) hanno cercato di vedere quali rischi si corrono nei 12 giorni seguenti ad una dimissione effettuata dopo meno di 72 ore (3 giorni). La casistica è grossa e perciò prevedibilmente attendibile: si tratta di quasi 30.000 neonati dimessi fra il 1988 ed il 1994.

Qual è la dimensione del problema riammissione? Questa ha riguardato fino all'età di 14 giorni 247 neonati, cioè lo 0.8%. Trasponendo i dati in Italia ciò significa che una grossa neonatologia che gestisce i neonati di 1.500 parti ricovererebbe ogni anno 12 neonati dimessi precocemente.

Non un gran ché quindi. Vediamo ora quali sono i motivi del ricovero: 127 neonati (51%) sono stati ricoverati per ittero (ma imprudentemente sono stati dimessi 5 neonati con anemia emolitica e dei restanti 122 neonati riammessi, 107 erano allattati al

seno); 74 neonati sono stati ospedalizzati (30%) per escludere una sepsi, 16 (6.5%) per crisi di cianosi, 8 (3.2%) per un'infezione cutanea, 5 (2%) per disidratazione e 17 (6.7%) per altri motivi: convulsioni, gastroenterite, stenosi pilorica, IVU, ipocalcemia. Il rischio di ricovero non era eguale fra le categorie di neonati: l'OR per il ricovero era alto per i neonati di madre diabetica (3.45), per un'età gestazionale <36 settimane (4.56); fra 37 e 38 settimane l'OR scendeva a 2.95. Se v'era stato ittero in reparto l'OR era di 1.73, se era allattato al seno di 1.78, se era maschio di 1.58.

Poiché la maggioranza dei ricoverati lo erano per ittero è chiaro che le condizioni che favoriscono l'ittero erano alla base del rischio. Giusto allora calcolare separatamente il rischio di ricovero per l'ittero: l'età gestazionale <36 settimane dava OR di 13.2 (chi mai in Italia dimetterà precocemente un neonato di <36 settimane?), da 36 a 37 settimane di 7.7, da 37 a 38 di 7.2; il sesso maschile dava un OR di 2.89, l'allattamento al seno di 4.21.

Curioso, ma non inspiegabile, è che la rottura precoce delle membrane e la perdita intrapartum di meconio sono associati con un minor rischio di ittero in dimissione precoce:



la spiegazione potrebbe stare nello stress che fa produrre al feto maggiori quantità di glucoroniltransferasi.

Queste condizioni di rischio non erano diverse fra i neonati dimessi prima delle 24 ore e quelli dimessi fra le 48 e le 72 ore. Questo è un dato che si trova in altre ricerche (*Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:373-9) e che rende meno giustificato l'atteggiamento di molti ostetrici italiani che vogliono per forza distinguere fra la loro dimissione italiana, che è a 72 ore, da quell'americana che è a meno di 24 ore. Tornando alla nostra grossa maternità avremmo che dei 12 neonati ri-ricoverati entro il 14° giorno più di 6 lo sarebbero per ittero.

Questa rimane, dunque la maggior causa di ricovero e la maggiore condizione di rischio, anche se quasi tutti questi 6 sarebbero bambini allattati al seno e quindi quasi certamente con ittero da latte materno. Quali possono essere gli interventi per ridurre i ricoveri? Prima di

rispondere a questa domanda bisogna anzitutto premettere che il rischio di ricovero è così modesto (0.8%) da potere essere considerato trascurabile e che è completamente sbagliato ritenere che la riammissione ospedaliera sia sinonimo di morbilità del periodo neonatale perché l'assenza di intervento, in presenza delle motivazioni che hanno portato al ricovero, non porterebbe necessariamente, nella maggioranza dei casi, ad esiti pericolosi.

Ma se qualcosa si può fare a livello ospedaliero, questo riguarda anzitutto una certa attenzione al problema ittero: non dimettere i bambini con incompatibilità Rh o ABO, non dimettere i bambini che hanno avuto un ittero nelle prime 72 ore, non dimettere i bambini con età gestazionale <38 settimane. Inoltre è consigliabile aumentare la frequenza dell'attacco al seno perché questo riduce l'iperbilirubinemia tardiva (*Pediatrics* 1990;86:171-5), cercare di dare informazioni precise per aumentare la competenza materna,

anche se questo dovrebbe essere più un compito dei corsi preparto che dei reparti di ostetricia/pediatria. A questo proposito ci sono sufficienti dimostrazioni che l'ittero è in relazione anche con uno scarso "mothering": i bambini che vengono ricoverati per ittero hanno di solito un calo di peso significativamente (p 0.0005) superiore a quello dei bambini che vengono ricoverati, sempre entro il 14° giorno per altre cause (*Pediatrics* 1998;101:995-8).

Dal lato della pediatria di famiglia invece i problemi sono altri. Il bambino dimesso precocemente dovrebbe essere visto entro 2 o 3 giorni e ciò comporta una revisione di pratiche che, in certe aree del paese, sono ancora ferme al controllo dopo 2 o 3 settimane. Questo comporta problemi amministrativi certo non insolubili a livello di AUSL, per evitare i quali molte UO di pediatria hanno, opportunisticamente, inventato strumenti (e tariffe) di controllo ambulatoriale generalizzato assolutamente non accettabili. ■

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 medicamentose 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 somministra-

zione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetracicline, 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. 19.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI WINTHROP S.p.A. - Via Piranesi, 38 - Milano. - **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - Confezione di 10 fialoidi A.I.C. n° 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. n° 013046026. - **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** - Confezione di 10 fialoidi: 3 Novembre 1978/1 Giugno 1995. **10. Tabella di appartenenza secondo D.P.R. 309/90** - Non soggetta al D.P.R. 309/90. **11. Regime di dispensazione al pubblico** - Non soggetto a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.

Quando i bambini navigano su Internet: qualche consiglio ai genitori

Paolo Siani

28° Divisione di Pediatria, Azienda Ospedaliera "A. Caldarelli", Napoli

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 58

È tempo che i genitori conoscano le opportunità ed i rischi che "navigare" su Internet comporta. Diamo qui qualche semplice consiglio ai genitori in attesa di una regolamentazione istituzionale.

Internet è un grande contenitore di notizie di ogni tipo e qualità, e tutte facilmente accessibili; alcune però non sono idonee per i bambini. Per questo molti sostengono che non dovrebbe essere consentito ai ragazzi un accesso indiscriminato alla rete. Ma poiché i bambini hanno bisogno di guide piuttosto che di censori, sarebbe utile che ogni genitore fosse in grado di guidare i propri figli alla scoperta di Internet. Per questo motivo è opportuno conoscere alcune semplici regole (indipendentemente dal livello di conoscenze tecnologiche) per navigare in rete insieme ai bambini e considerare così Internet un importante strumento educativo.

È noto ormai che la rete offre enormi vantaggi ai nostri figli; li può aiutare, infatti, a fare i compiti (consultando enciclopedie), a migliorare la lettura e le capacità tecnologiche, a collegarsi con molteplici luoghi e scambiare informazioni con bambini di ogni parte del mondo, a giocare insieme con altri ragazzi. Bisogna evitare però che per navigare nella rete si rinunci alle attività sociali, sportive, a stare insieme agli amici.

Per questo è opportuno e necessario stabilire un tempo massimo (servendosi anche di un timer sonoro) che il bambino deve rispettare quando è collegato ad Internet.

Inoltre è utile insegnare al bambino a:

- non dare informazioni personali (nome, cognome, indirizzo, età, nome della scuola, nomi di amici ecc.),
- non fornire il numero della carta di credito dei genitori, o la propria password,
- non rispondere a messaggi molesti, e non adoperare un linguaggio volgare o provocatorio;
- non prendere appuntamenti via Internet o inviare le proprie foto o quella di amici o parenti.

Infine è buona norma che quando il bambino

è al computer e naviga su Internet i genitori siano nella stanza con lui o comunque siano in grado di controllare le sue azioni e le sue reazioni.

Bisogna fare attenzione anche ai giochi che i ragazzi scaricano da Internet, alcuni potrebbero essere violenti o avere un contenuto sessuale. Sarebbe utile perciò giocare con loro almeno una volta per conoscere a fondo tutti i loro giochi.

È opportuno stabilire insieme, e quindi conoscere, quali siti visitare abitualmente evitando quelli commerciali o dove sono in vendita prodotti per bambini e insegnare ai ragazzi a non fidarsi ciecamente delle notizie ma a sviluppare un senso critico su tutto quello che incontrano su Internet.

Esistono numerosi programmi, per salvaguardare i bambini che navigano in rete, dotati di una serie di filtri per evitare l'accesso ai siti con contenuti esplicitamente a carattere sessuale, violento o con giochi d'azzardo.

Queste in sintesi i consigli elaborati da varie associazioni per fare in modo che i bambini possano sfruttare a pieno tutte le potenzialità di Internet senza incorrere in rischi o pericoli. Sarà necessario, infine, così come è stato fatto per le TV, creare un codice di autoregolamentazione per i *provider* che garantisca la sicurezza ai naviganti giovani e quelli che aderiscono dovranno esporre nella loro home page un segno, un marchio di riconoscimento. ■



INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

la soluzione



Clenil[®] A

beclometasone dipropionato



...e **Fluibron A**
ambroxol



chiesi

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTNEROGGERMINA®

Lo recupera e lo mantiene.