

Quaderni acp

www.acp.it

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

Agosto 1999

*Relazione del Presidente
 all'XI congresso dell'ACP*

*La dimissione precoce:
 consente un risparmio di risorse?*

*La visione "libero professionale"
 contro la visione "stalinista" dell'ACP*

L'orzaiolo e la dottoressa

W.A. Mozart fu strambo o malato?

La povertà in Italia

Dieci passi per una buona perinatologia

*Una guida alle città sostenibili
 dei bambini e delle bambine*

La guerra tra FDA e produttori di sigarette

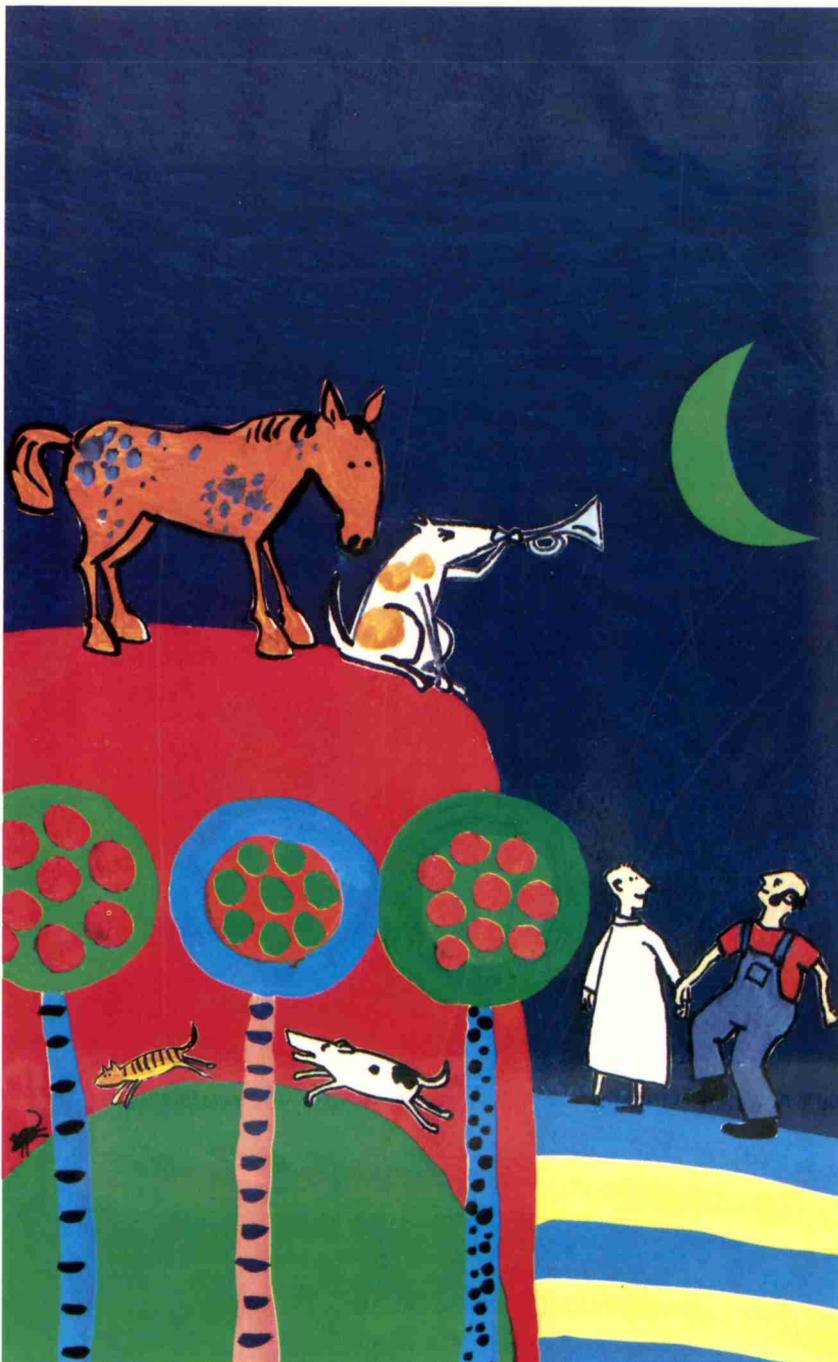
Due bambini che non stanno più in piedi

*I programmi di aiuto
 per i bambini poveri negli USA*

*I nuovi lattini formulati
 di Polinsaturi a catena lunga*

I genitori si separano... e il pediatra che dice!

*Orientamenti pratici per i test cutanei
 nelle reazioni da farmaci*



edizioni no profit
ACP

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

Compresse

Acetossietilcefuroxima
Zinnat 250
Compresse

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

Sommario

Quaderni acp

Luglio - Agosto 1999 vol. VI n° 4

Editoriale

- 6 Relazione del Presidente all'XI congresso dell'ACP
Giorgio Tamburlini

Congressi controlloce

- 8 ACP in Umbria - Da Perugia a Todi, età evolutiva e DMI
8 Bologna - Frammentario il Convegno sulla famiglia

Ricerca

- 10 La dimissione precoce: consente un risparmio di risorse?
Giancarlo Biasini, Daniela Bianchi, Daniela Fellini

Tribuna

- 16 La visione "libero professionale" contro la visione
"stalinista" dell'ACP
Vincenzo Nuzzo

Medici, Medicine e Letteratura

- 21 L'orzaiolo e la dottoressa
Michail Zoscenko

Libri

- 22 Bjorn Larsson, *La vera storia del pirata Long John Silver*
22 Furio Monicelli, *Lacrime impure (Il gesuita perfetto)*
23 Marco D'eraimo, *Lo sciamano in elicottero*
23 Kathy Zalher, *Ai bambini piace leggere*

Letture

- 24 W.A. Mozart fu strambo o malato?
Antonella Brunelli

Statistiche correnti

- 26 La povertà in Italia
Paolo Siani

ACP Nazionale

- 28 Dieci passi per una buona perinatologia
Gherardo Rapisardi

Diritti

- 33 Una guida alle città sostenibili dei bambini e delle bambine
Giancarlo Biasini

Lettere

- 35 Rapporti tra medici ed informatori farmaceutici
Fabiana Bruschini, Carlo Miglietta
35 La rete chi la tesse?
Sandro Marullo
36 Business in Italy?
Franco Panizon

Ausili didattici

Leggere e fare

- 38 La guerra tra FDA e produttori di sigarette
Salvo Fedele
39 Shock settico e steroidi: è tempo di distinguere?
39 Sordi e cattivi: una sorpresa
40 Ancora la SIDS? Sì! Ancora la SIDS e il "pancia sopra"
41 Difetti cardiaci congeniti: chi prima, chi poi
41 Coliche: un pianto e basta
42 Latte umano e prematuri: meno meningiti

Il caso che insegna

- 44 Due bambini che non stanno più in piedi
R. Ponti, C.M. Faedi

Bambini con bisogni speciali

- 46 I programmi di aiuto per i bambini poveri negli USA
Giuseppe Cirillo

Il punto su

- 50 I nuovi lattini formulati di Polinsaturi a catena lunga
Giancarlo Biasini

Informazioni per genitori e pazienti

- 52 I genitori si separano... e il pediatra che dice?
Silvana Quadrino

Saper fare

- 56 Orientamenti pratici per i test cutanei
nelle reazioni da farmaci
Redazionale

A pag. 9 pubblichiamo la scheda corretta rispetto a quella del numero precedente per il rinnovo delle cariche sociali ACP.

A pag. 54 il programma definitivo del Congresso ACP di Assisi.

Zinnat®

Acetosietilcefuroxima

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: Acetosietilcefuroxima 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 propilenico 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:** Acetosietilcefuroxima 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 propilenico 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:** Acetosietilcefuroxima 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 propilenico 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: Acetosietilcefuroxima 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 acetosietilcefuroxima (1-acetosietil-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'acetosietilcefuroxima, quale profarmaco della cefuroxima, è da classificarsi tra le cefalosporine di seconda generazione. L'acetosietilcefuroxima 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'acetosietilcefuroxima 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'acetosietilcefuroxima 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 (acetosietilcefuroxima) 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 microrganismi: **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 morgani, 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 sottesa dalla 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 inclasserate 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 epidermica 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. È 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

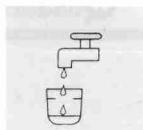
mg) ogni 12 ore. La posologia può variare in rapporto alla gravità del quadro clinico, a giudizio del medico. **Come si prepara la sospensione di Zinnat.** Agitare il flacone prima di aggiungere acqua, per favorire la dispersione del granulato. Riempire con acqua potabile il bicchierino dosatore fino 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 glicuria. 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 guidare 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

bimestrale di informazione politico-culturale

e di ausili didattici a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore

Giancarlo Biasini

corso U. Comandini 10
47023 Cesena.

E-mail: gbiasini@line.net

Responsabile

Franco Dessi

via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).

E-mail: fdessi@tin.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 da
versare sul c/c n. 12109096
intestato a:

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).

Copie arretrate e reclami

Gianni Piras

via Prunizedda 62 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/259021
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 tratta da "The House that Jack Built" di Emily Bolan edito da Pan Macmillan Children's Books. Le altre illustrazioni all'interno sono tratte da "Wake up, Piglet" di Jan Barger edito da Hodder Children's 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. 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. La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

Relazione del Presidente all'XI congresso dell'ACP

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 6-7

Giorgio Tamburlini

Servizi e salute del bambino: passi avanti ma occorre lavorare meglio a livello locale

La situazione dell'assistenza pediatrica (per una analisi approfondita, vedi il documento pubblicato su *Quaderni acp 1998;5*) appare, dopo molti anni, in movimento. Il PSN, in particolare con l'allegato Progetto-Obiettivo Materno-Infantile (Il Sole 24 Ore, 15-21 giugno) stabilisce priorità (la prevenzione, la necessità di interventi integrati sui vari aspetti del disagio; la razionalizzazione della rete ospedaliera; la qualificazione dei punti nascita, l'area pediatrica ecc.) e strumenti (il DMI, la pediatria di comunità come punto di promozione degli interventi di salute pubblica e per i bisogni speciali in raccordo tra i servizi ospedalieri e pediatria di famiglia) per i quali l'ACP si è a lungo battuta. Il documento non è esente da qualche pecca, che abbiamo anche provveduto a segnalare al Ministero (ad esempio è ambigua la collocazione dei servizi di neuropsichiatria infantile), e tuttavia rappresenta senza dubbio un reale progresso in termini di principio. Ora, evidentemente, si tratta di vedere cosa verrà realizzato nei fatti a livello regionale, soprattutto in quelle regioni che si sono mosse in direzioni contrastanti (vedi Emilia - Romagna) con lo spirito del Progetto Obiettivo che è l'unitarietà del materno-infantile e, in questo ambito, dell'area pediatrica. Sono le Regioni e le Aziende a programmare ed erogare i servizi ed è dunque su questo piano che è ancora necessaria una attività di stimolo di proposta e di confronto. Da questo punto di vista solo in alcune regioni possiamo dire che si vada in direzioni soddisfacenti (Piemonte, Basilicata ed Umbria per fare alcuni esempi) e l'ACP è chiamata a fare la sua parte. Vi sono tre aspetti specifici dell'organizzazione dei servizi su cui è stato programmato un approfondimento rispetto a quanto già proposto nel documento ACP sui servizi:

- a) il ruolo e la possibile trasformazione del piccolo ospedale (una relazione sarà presentata ad Assisi su questo punto);
- b) il percorso nascita in particolare per la parte che riguarda il postpartum - finora negletta o oggetto di politiche discutibili, come la dimissione "precoce" del neonato - per la quale si è lavorato per produrre un documento di raccomandazioni e per una conferenza di consenso tra tutte le società rappresentanti le professionalità coinvolte (anche questo documento sarà portato ad Assisi);
- c) la pediatria di gruppo per la quale si è svolto un interessantissimo miniconvegno a Bergamo (*Medico e Bambino 1999;9*).

La formazione (ri)diviene ora la priorità: completare le iniziative in corso e programmare un'offerta qualificata anche in relazione al sistema di accreditamento.

Come abbiamo più volte detto, non c'è ingegneria organizzativa capace di risolvere il problema della qualità effettiva delle azioni di salute, qualora non sorretta da operatori preparati e motivati. E come abbiamo affermato nel nostro documento sui servizi, sia la formazione curricolare che quella permanente non rispondono ai bisogni di oggi, in particolare per quanto riguarda la formazione del pediatra generalista (sia ospedaliero che di famiglia) e del pediatra di comunità o con funzioni organizzative (vedi *Medico e Bambino '99*). Sono state dunque prese due iniziative: la prima è la preparazione di un documento di raccomandazioni per la formazione post laurea a partire da una ricognizione dell'attuale realtà delle Scuole di Specialità e in particolare dagli aspetti innovativi già introdotti in termini di contenuto e di metodo didattico. La seconda è la preparazione di un analogo documento di proposte per la formazione permanente: entrambe

Per corrispondenza:
Giorgio Tamburlini
E-mail: tamburli@burlo.trieste.it

verranno presentate ad Assisi e probabilmente saranno in grado di essere stesi nella versione definitiva dopo l'ulteriore contributo rappresentato dalla discussione al congresso.

Il fatto nuovo - soprattutto per la formazione permanente - è l'avvio (decreto Bindi del giugno 1999) di un sistema di crediti formativi e di accreditamento dei corsi e delle strutture formative. Principio giusto per il quale anche ci si era espressi in più occasioni, ma la cui applicazione buona e non puramente burocratica richiede capacità propositiva e vigilanza perché tutto non si risolva in pura facciata o in operazioni di scarso rilievo culturale. Oltre a questo lavoro di elaborazione e iniziativa a livello nazionale, resta fondamentale il lavoro svolto sia attraverso le riviste *Quaderni acp* e *Medico e Bambino* che le occasioni di formazione e confronto che l'ACP organizza numerosissime.

Tra queste, merita segnalare la nuova edizione del Corso per i Pediatri delle Regioni meridionali a Copanello, l'incontro pescarese sulle nuove modalità di aggiornamento (discussione sui casi e journal club al centro) e il corso sulla medicina delle prove di efficacia programmato per novembre a Verona. Non mi stancherò di dire che l'ACP organizza troppi corsi e congressi in particolare congressi tuttologi di aggiornamento, non tutti rispondenti a requisiti di buona ed efficace didattica, e che andrebbero privilegiate le riunioni e i corsi tematici per numeri più ristretti di partecipanti. Ognuno faccia il suo esame di coscienza, i dati per riflettere non mancano.

Il lavoro multisettoriale è centrale per la promozione della salute: il ruolo e le prospettive del CSB

Non vi è dubbio che l'istituzione del CSB (*Quaderni acp* 1999;3 e *Medico e Bambino* 1999;5) rappresenta la novità del '99, per ciò che tale scelta rappresenta, nel senso di una apertura al lavoro comune con le altre discipline dell'infanzia, e per le novità che tale presenza può portare anche nell'attività più tradizionale dell'ACP. Tramite il CSB, i pediatri sono ora in grado di confrontarsi su progetti comuni con altre professionalità ma anche di realizzare iniziative che erano in precedenza fuori dalla

nostra portata dal punto di vista organizzativo. Cito tra l'altro i corsi programmati per dirigenti dei servizi materno-infantili (vedi questa stessa pagina) i progetti in corso o in fase di studio sui bambini immigrati a Palermo, sulle politiche sociali per l'infanzia a Napoli, sulla formazione alla genitorialità, e il progetto Kossovo (incontro tra i pediatri dei paesi balcanici e iniziativa per un centro di salute e servizi per bambini in Kossovo). Progetti sono stati presentati in collaborazione con le Regioni e con altre Associazioni, professionali e di genitori.

Seminari interdisciplinari sono stati programmati in diverse sedi (a settembre Firenze, su "Politiche sociali e salute del bambino"; a novembre Verona, su "Riabilitazione e famiglie").

I gruppi locali possono richiedere un appoggio logistico e una consulenza per i propri progetti di formazione e ricerca, ampliando quindi gli strumenti a propria disposizione.

Un'associazione in salute, e proprio per questo da trasformare ancora

Uno sguardo indietro conferma che l'ACP è vitale, ed ha aumentato la sua capacità di proporre: al Ministero, alle Regioni (di questo si è già detto), ai pediatri; vedi l'accoglienza e l'interesse per il documento sui servizi, la rilevanza anche in termini di partecipazione dell'iniziativa del gruppo di pediatria ospedaliera che ha coinvolto più di 100 reparti ospedalieri e procede ora con la preparazione di raccomandazioni su specifici punti assistenziali, vedi il progetto congiunto Istituto Superiore di Sanità-ACP-SIP-FIMP per la rete di sorveglianza sulle malattie infettive, progetto dal grande significato anche di metodo al cui varo abbiamo contribuito non poco, e alle altre discipline per l'infanzia, vedi la collaborazione con il Centro nazionale di Documentazione e la partecipazione prima alla commissione nazionale sul maltrattamento ed ora all'Osservatorio nazionale sull'Infanzia. Le varie iniziative, compresi i gruppi di lavoro messi in campo in preparazione di questo congresso di Assisi (formazione curricolare e permanente, piccoli ospedali, percorso post-partum) per questo congresso sulla formazione, hanno consentito di coinvolgere un numero rilevante di soci e

non soci in modo nuovo. Questo sembra l'aspetto importante piuttosto che il numero dei soci, cresciuto ultimamente in modo non del tutto coerente con la nostra funzione di associazione culturale e non professionale o sindacale. Nell'ACP si partecipa, magari anche con poco, altrimenti che senso ha?

Uno sguardo avanti suscita tuttavia alcuni interrogativi. Ne voglio esplicitare alcuni:

- l'ACP è nata per promuovere la cultura pediatrica e credo si possa dire che la missione è discretamente onorata. Esistono forse altre iniziative proficue che possiamo prendere per contribuire al rinnovamento della pediatria italiana?

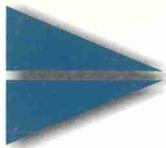
- attraverso la preparazione e l'utilizzo di documenti comuni (quello sui servizi e quelli in preparazione sulla formazione, e la stessa iniziativa del impegno di autoregolamentazione) i gruppi locali sono stati chiamati a partecipare alla vita dell'associazione.

Questo anno si dovrà valutare l'utilità del Forum annuale dei gruppi (che, non dimentichiamolo, sono gruppi formati quasi esclusivamente da pediatri di famiglia; anche la pediatria di comunità ha un suo fulcro organizzativo e culturale nell'AP-PEC che ha tra l'altro formalmente aderito all'ACP) e del nuovo sito web. Forse vanno pensate altre forme di partecipazione.

Da fare, in supersintesi

1. vanno completate le proposte sulla formazione e preparare delle proposte a livello nazionale e regionale per la formazione permanente da inserire in un sistema organizzato e accreditato; va strutturata una offerta sul tema;
2. va ulteriormente attivata la pediatria ospedaliera sulla riflessione organizzativa (piccoli ospedali) e scientifico culturale (linee-guida, ecc.);
3. va proseguito l'investimento interdisciplinare sulle politiche e per l'infanzia (attraverso il CSB);
4. vanno elaborate e proposte forme di collaborazione su specifici progetti con SIP, FIMP e altri soggetti (sul modello dell'iniziativa comune per la rete di sorveglianza). ■

Leggete il mugnaio urlante (Aarno Paasilinna, Iperborea) e non cadete nella routine.



ACP IN UMBRIA

Da Perugia a Todi,
età evolutiva e DMI

Accoppiata dell'ACP in Umbria, almeno sul piano della partecipazione, con i due incontri ravvicinati, anche come contenuti, di Perugia e Todi, il 9 e 10 aprile. Nel primo, ospitato nel "Salone d'Onore" della Giunta Regionale (testimonianza della considerazione in cui viene tenuta l'ACP?), sono state presentate alle autorità tecniche della Amministrazione Regionale e ai numerosi operatori sanitari, anche apicali, le proposte politico-organizzative ACP per i servizi per l'età evolutiva, il cui testo completo è stato pubblicato su *Quaderni acp* diffuso sotto forma di volumetto un po' in tutta Italia. L'esposizione è stata necessariamente concisa ma chiara. Il presidente Giorgio Tamburlini e il past-president Giancarlo Biasini hanno alternato l'analisi della situazione attuale e le specifiche soluzioni proposte rendendo la materia immediatamente fruibile. Se ci limitiamo a considerare aspetti quali la partecipazione numerosa e la lunga discussione, con gli interventi anche di alcuni neuropsichiatri infantili, dobbiamo giudicare l'evento un grande successo. Ma, ormai ammaestrati da lunga e non sempre felice esperienza, non possiamo non sottolineare la pressoché totale mancanza di dissenso. Questo ci sorprende soprattutto perché le soluzioni organizzative erano pesantemente penalizzanti le realtà campanilistiche umbre. Forse non sempre chi tace acconsente.

Il secondo appuntamento, a Todi, degli operatori dei Dipartimenti Materno Infantili, organizzato con grande efficienza da Carlo Vannini, responsabile del DMI di Perugia, è stato un successo ancora più clamoroso, soprattutto per l'inattesa massiccia affluenza di partecipanti, che ha messo in crisi le capacità ricettive della sala, sita nello splendido Palazzo Comunale. A fronte di una attesa di 50 persone, più o meno, si sono avute al mattino

punte di 100-140 presenti. Evidentemente l'interesse è alto, visto il gran parlare e scrivere e il poco realizzare che si è fatto a proposito di dipartimenti e di Dipartimento Materno Infantile (DMI) in particolare. Non di rado i DMI sono stati creati non per finalità di miglioramento dell'assistenza, ma come ennesima occasione di soddisfacimento di ambizioni frustrate. Avere la possibilità di ascoltare e discutere con chi si trova già, da più o meno tempo, in una realtà dipartimentale vera, è risultato evidentemente molto attraente. E crediamo che le aspettative non siano andate deluse. Le relazioni e la discussione hanno coperto tutti gli aspetti più importanti del modello dipartimentale: compiti e poteri, struttura, servizi coinvolti, gestione del personale, assegnazione del budget, rapporti con l'amministrazione regionale. Preziose sono state le relazioni pomeridiane su esperienze dipartimentali già realizzate, sulle difficoltà incontrate e sui tentativi di soluzione. La discussione è stata molto animata, anche grazie alla partecipazione di ginecologi e neuropsichiatri infantili, questi ultimi assolutamente concordi sul loro inserimento nel DMI piuttosto che in quello di Salute Mentale. Molto importante è stata infine la proposta ACP di corsi di formazione per dirigenti di DMI, articolati in cinque moduli residenziali, ciascuno in città diverse, da attuarsi in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. I partecipanti al convegno hanno istituito una specie di ufficio di collegamento dei DMI esistenti, nominando Carlo Vannini referente dell'ufficio. Chi volesse, pertanto, informazioni sulla situazione dei DMI in Italia può contattare Carlo Vannini, Ospedale di Todi (PG) tel. 0758858254 - fax 0755271224.

L. P.



BOLOGNA

Frammentario
il Convegno
sulla famiglia

Il ministro della solidarietà sociale ha organizzato a Bologna nei giorni 29, 30 e 31 marzo un convegno nazionale sulla famiglia. Decisamente buone alcune delle relazioni iniziali: citiamo Linda Laura Sabbadini dell'ISTAT che ha parlato dei modelli di famiglia e dell'organizzazione della medesima utilizzando dati della multiscopo 1998, citiamo Chiara Saraceno che ha parlato delle politiche a sostegno di chi ha la responsabilità di crescere i figli. Più modeste le altre relazioni iniziali. Poi il convegno si è disperso in 31 gruppi di lavoro; ognuno di questi era composto di 10-12 relatori, o più spesso relatrici, per un complesso di oltre 300 relazioni! Difficile orientarsi e difficile scegliere dove andare. Noi dell'ACP abbiamo scelto "Politiche sociali di sostegno alle famiglie", "Il costo dei figli", "Mutamenti e forme di regolamentazione", "Politiche amichevoli nei confronti delle nascite", "Reddito e povertà", "Politiche locali per la famiglia". Naturalmente lo spazio per il dibattito in gruppi nei quali i relatori avevano da 5 a 10 minuti era inesistente o estremamente compresso; più spesso inesistente. Ne è risultata una grande frammentarietà e la impossibilità finale per il ministro Livia Turco di fare una sintesi, come era riuscita a fare efficacemente alla Conferenza Nazionale per l'infanzia del novembre 1998 a Firenze, nella quale i singoli relatori avevano portato in assemblea il risultato dei lavori in commissione. Alla fine, comunque, il ministro Livia Turco ha riaffermato la sua volontà che la finanziaria 1999 sia la finanziaria della famiglia e si accompagni all'approvazione del vasto numero di leggi che alla famiglia si riferiscono e che giacciono ancora in parlamento fra cui quella sul congedo parentale e sui nidi.

G.C. B.

Scheda votazioni

Rinnovo cariche sociali Associazione Culturale Pediatri

Assisi, 6 Novembre 1999

Votazione per quattro consiglieri
in sostituzione di quelli in scadenza

Luisa Marolla (P. di famiglia)
Nicola D'Andrea (P. ospedaliero)
Vitalia Murgia (P. di famiglia)
Dante Baronciani (ospedaliero, Lecco)

Si possono indicare fino a tre preferenze

(1)

(2)

(3)

Restano in carica il Presidente
Giorgio Tamburlini

I consiglieri

Paolo Siani
Maria Francesca Siracusano
Silvia Pivetta
Antonella Brunelli

Il consiglio direttivo nella riunione del 5 Maggio 1999
che ha recepito le proposte dei gruppi locali non ha ritenuto
utile formalizzare altre candidature.

N.B. Rispetto al numero di Aprile si correggono i nomi
dei soci in scadenza e si aggiunge il candidato Gherardo
Rapisardi segnalato da ACP Toscana.

VOTO A DISTANZA

Per votare fotocopiare la scheda a lato.
Esprimere il proprio voto indicando al massimo
tre preferenze.

Inviare la scheda in busta chiusa, contenuta in
una seconda busta dove è indicato il mittente, a:
Franco Dessì, via Montiferru n° 6 - 09070
Narbolia (OR).

Non si terrà conto delle buste senza mittente né
di quelle contenenti più schede.

VOTO DIRETTO

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

Non sono ammesse deleghe.

CANDIDATURE

I candidati indicati dai gruppi locali sono:

Lucia Castelli (ACP Milano)

pediatra ospedaliera, impegnata in particolare
in programmi di cooperazione internazionale.

Giuseppe Magazzù (ACP Messina) pediatra
universitario, attuale segretario della Società italiana
di Gastroenterologia Pediatrica, impegnato
in particolare nella didattica e nell'aggiornamento.

Laura Todesco (ACP Bassano)

pediatra di famiglia, impegnata in particolare
in programmi di ricerca formazione
e informazione per le famiglie.

Corrado Rossetti (ACP Umbria)

pediatra ospedaliero, impegnato in particolare
in progetti di collaborazione tra pediatria ospedaliera
e territoriale.

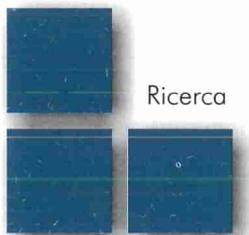
Vincenzo Calia (ACP Roma)

pediatra di famiglia, impegnato in particolare
sui temi dell'organizzazione della pediatria
di famiglia e della pediatria di gruppo.

Gherardo Rapisardi (ACP Toscana)

già pediatra di famiglia, è neonatologo ospedaliero
presso il "Meyer" di Firenze. Ha avuto formazione
in Italia ed USA. È responsabile del Centro Brazelton.
Impegnato sui temi della semeiotica neurologica
del lattante, promozione di salute del lattante.

È possibile candidare altri iscritti in sede di congresso



Ricerca

La dimissione precoce: consente un risparmio di risorse?

Giancarlo Biasini**, Daniela Bianchi*, Daniela Fellini*

*Azienda USL Cesena Ufficio Budget e Centro Elaborazione dati

**Centro Salute del Bambino ONLUS Trieste, Napoli, Palermo

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 10-14

Riassunto

Obiettivi

Calcolare se la dimissione precoce (DM) in Emilia Romagna abbia prodotto risparmi di spesa.

Metodi

Estrazione dal data-base regionale dei tempi di degenza del neonato sano e dei ricoveri in pediatria nell'età 0-14 gg.

Risultati

In quattro anni sono state risparmiate 15.000 giornate di degenza senza che vi sia stato aumento del consumo di ricoveri pediatrici.

Conclusioni

La trasformazione delle giornate di degenza risparmiate in risparmio economico dalla gestione ospedaliera è risultato assai difficile e comunque tale da potere essere giudicato inconsistente se non accompagnato da un diverso uso di spazi e di personale all'interno delle U.O. ospedaliere

Obiettivi

L'obiettivo di questa ricerca è di cercare di definire se in Emilia-Romagna la dimissione più precoce del neonato dal 1995 al 1998 ha determinato, e in che misura, risparmi di spesa ospedaliera. I dati di letteratura a questo proposito sono molto scarsi (1).

Metodi

Lo studio sui tempi della dimissione del neonato è stato fatto estraendo i dati dal database dei ricoveri regionali dell'Emilia-Romagna. La durata della degenza del neonato è stata ricavata dalla cartella della madre e definita in giorni. Ciò è certamente inappropriato poiché la dimissione precoce va definita in ore e non in giorni. Questo è possibile, in Italia, soltanto con indagini ad hoc e non lavorando sui dati correnti come noi abbiamo fatto per necessità. Abbiamo successivamente calcolato il numero delle giornate risparmiate dal 1995 ad oggi. Per chiarire se la dimissione precoce abbia eventualmente determinato un aumento del numero dei ricoveri neonatali, tradizionali o in DH, per problemi insorti dopo la dimissione, abbiamo estratto dal database regionale il numero dei bambini ricoverati da 0 a 14 giorni negli anni 1995-1998. Il "vantaggio contabile" di una riduzione delle giornate di degenza del neonato può essere, infatti, annullato da un aumento del tasso di ospedalizzazione neonatale. Abbiamo poi tentato di calcolare il costo delle giornate di degenza risparmiate con i metodi che, per comodità di comprensione del lettore, verranno descritti e discussi sotto.

Risultati

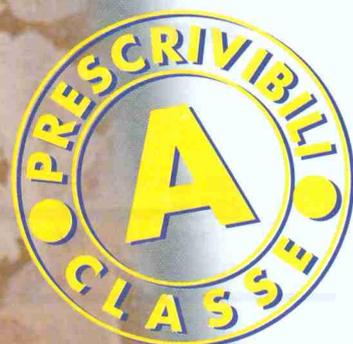
I dati ottenuti circa la durata della degenza del neonato negli anni considerati sono riassunti nella **figura 1** e si riferiscono ad un confronto fra gli anni utilizzabili (il 1998 è un semestre annualizzato). Come si vede, entro la 1^a giornata viene dimesso un numero trascurabilissimo di neonati; entro la 2^a viene dimesso un numero crescente di neonati: dal 7% del 1995 al 23% del 1998. Lo stesso trend si ottiene nella 3^a giornata, alla fine della quale viene dimesso il 68% dei neonati. Oltre un terzo dei neonati segue, peraltro, quasi tradizionali percorsi di ricovero. Non sappiamo se il trend in diminuzione continuerà, né era nostra intenzione valutare possibili andamenti nel tempo futuro, né di discutere, qui, confronti con risultati di altri paesi in quanto altro è l'obiettivo della ricerca. Il numero delle giornate "risparmiate" (**figura 2**) dal 1995 al 1998 ammonta a 15.000 con una flessione da 82.460 a 67.400. Com'è intuitivo ogni "risparmio di giornate" è un risparmio "aziendale" in quanto il compenso per il DRG del parto normale corre comunque, indipendentemente dalla durata di degenza, dalla contabilità regionale a quella aziendale. Il risparmio regionale riguarda invece la liquidazione di un compenso ridotto (Lit. 234.000 invece di Lit. 1.349.000 per gli ospedali di fascia A) quando la durata di degenza non raggiunga i 2 gg. Per quest'ultimo caso si tratta di un risparmio che abbiamo considerato valutabile allo 0.12% del valore regionale del DRG per parto normale; praticamente nullo. Il problema che dobbiamo invece valutare con maggiore attenzione è

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

SOLUZIONI PER AEROSOL

Lunibron-A[®]

Flunisolide



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

Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS

via Imbabuè 51

Figura 1. Distribuzione cumulativa durata degenza per DRG parto normale

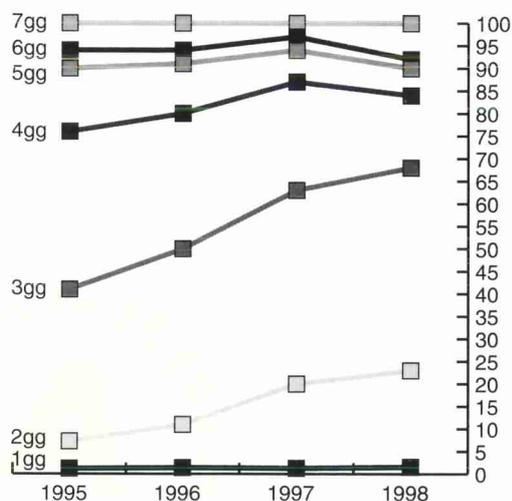
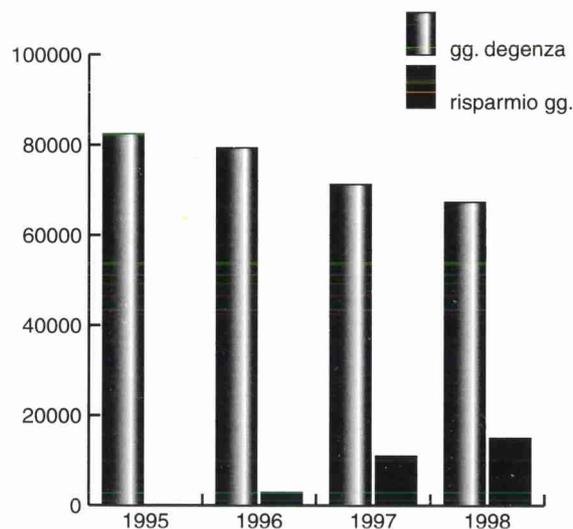


Figura 2. Giornate di degenza risparmiate



quanto vale, in moneta, questa diminuzione della presenza del neonato in ospedale per 15.000 giornate in quattro anni. Come si è detto sopra, abbiamo valutato il numero dei ricoveri da 0 a 14 giorni di età in Pediatria e Neonatologia (Terapie intensive escluse). La *figura 3* dimostra che il numero dei ricoveri, in costanza della popolazione 0-14 residente in Emilia-Romagna, è in riduzione, se si esclude un picco nel 1996 che abbiamo stimato come effetto temporaneo da DRG. Se si scorporano i ricoveri in gruppi di età (0-2 gg e 3-14 gg) il risultato è il medesimo: per l'età 0-2 gg permane "l'effetto 1996", che è invece assente per l'età 3-14 gg a riconferma del probabile effetto-DRG. Anche l'accesso alle terapie intensive non rileva

modificazioni in aumento. Dal 1998 viene attribuito il DRG per neonato sano del quale non si è ovviamente tenuto conto nel calcolo dei tassi di ricovero per evitare errori interpretativi in quanto dal 1998 vengono calcolati 28.000 ricoveri per DRG 391 del "neonato sano". In conclusione, dal database regionale risulta che alla diminuzione della durata della degenza per i neonati sani non si è abbinato un aumento di ricoveri per neonati patologici. La *figura 4* dimostra che il tasso dei ricoveri neonatali/1.000 nati è in trend di diminuzione se si esclude l'effetto 1996. La *figura 4* e la *figura 5* dimostrano che alla riduzione delle giornate di degenza, cioè ad una dimissione più precoce, non si è legato alcun aumento del numero dei ricoveri.

Figura 3. Ricoveri da 0 a 14 gg, escluse UTIN e DRG 391

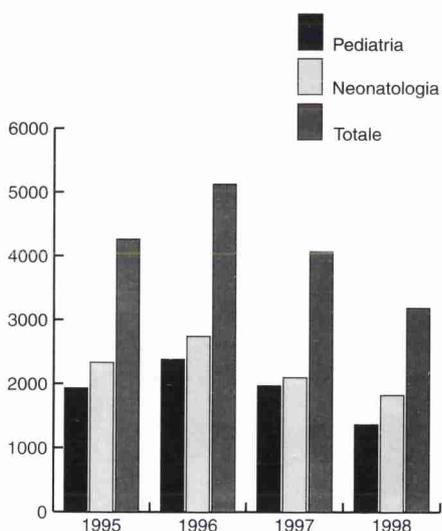


Figura 4. Tassi di spedalizzazione neonatali negli anni 1995-1998

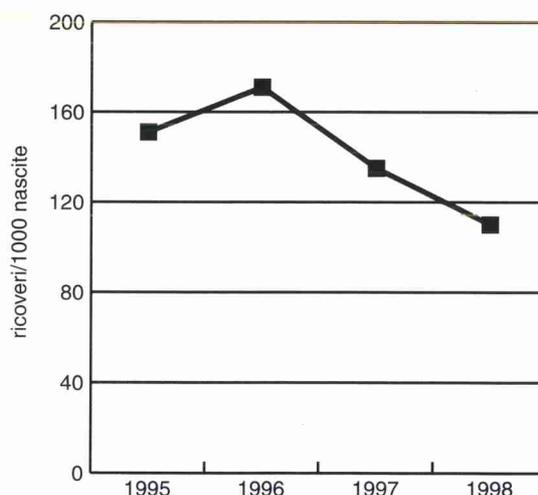
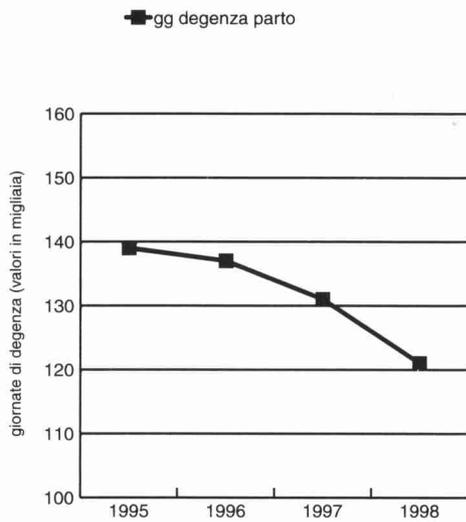


Figura 5. Andamento giornate di degenza per parto



Tenendo fermo il dato assunto che l'aumento di precocità della dimissione si è espresso nel "guadagno" di giornate di degenza non utilizzate a livello di Aziende Ospedaliere (AO) o di Presidi Ospedalieri (PO) di AUSL, si può provare a calcolare, con larghi margini di incertezze e di arbitrarietà, l'entità di questo guadagno. Per fare ciò occorre conoscere il valore vero del costo di una giornata di degenza nel corso di un puerperio, tenendo conto che nel corso di un ricovero i costi di produzione si distinguono in tre categorie:

1. Costi di accettazione e dimissione che non dipendono dalla durata della degenza e che quindi non variano con una dimissione precoce o meno.
2. Costi del trattamento sanitario che, nel nostro caso, consistono sostanzialmente nel costo di sala parto, dei farmaci somministrati e del personale addetto al parto; anche questi costi non dipendono dalla giornata in cui il bambino è dimesso.
3. Costi del trattamento alberghiero (vitto, pulizie, riscaldamento, utenze, personale non sanitario) che corrispondono ad un fisso per ogni giornata di degenza e che quindi variano con le giornate di degenza.

mento, utenze, personale non sanitario) che corrispondono ad un fisso per ogni giornata di degenza e che quindi variano con le giornate di degenza.

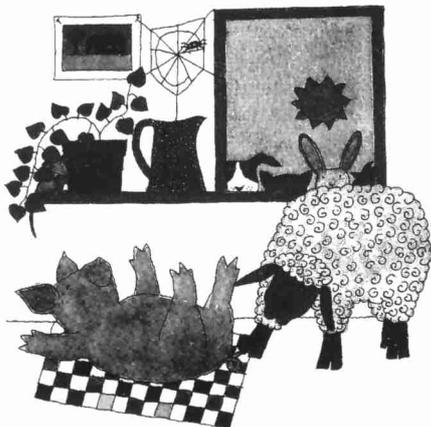
Nel caso del parto fisiologico il calcolo è favorito dal fatto che la variabilità clinica del trattamento è ridotta al minimo. Nel nostro caso dunque i costi di cui alla voce (1.) non sono certamente modificati; non sono modificati neppure quelli della voce (2.) perché consistono solo nell'espletamento del parto.

Rimane quindi da esaminare la voce (3.) che dovrebbe variare effettivamente in relazione alle giornate di degenza. Come vedremo le cose non sono così semplici, perché, a dispetto dei modelli industriali in auge in Sanità, un caso è un'auto in giacenza dal concessionario altro è una coppia madre-figlio in reparto alla quale, finché in reparto rimane, viene forzatamente fornito anche un trattamento sanitario (visite ostetriche e pediatriche) e non solo alberghiero.

Per orientarci abbiamo perciò costruito la *tabella 1*, desunta dai costi di una delle UO di Ostetricia e Ginecologia della regione

Tab. 1.

Costi diretti	Costi totali	Costi/giornata
<i>Costi specifici per modulo di ostetricia</i>		
Personale medico	Ininfluyente	
*Personale infermieristico	1.001.366.000	132.233
**Altro personale	177.458.000	22.790
Beni sanitari	Ininfluyente?	
**Beni economici	20.911.000	2.764
Manutenzioni	Ininfluyente?	
**Lavanolo	86.970.000	11.493
**Altri servizi	2.563.000	339
Utenze telefoniche	Ininfluyente?	
<i>Costi comuni per U.O. di Ostetricia-Ginecologia</i>		
Personale amm. ^{vo}	Ininfluyente?	
Lavanolo	Ininfluyente?	
Utenze telefoniche	Ininfluyente?	
Aggiornamento	Ininfluyente?	
<i>Costi ribaltati (di presidio e d'azienda)</i>		
Mensa personale	Ininfluyente?	
Utenze ges-acqua-enel	Ininfluyente?	
Trasporto infermi	Ininfluyente?	
Guardaroba/Lavanolo	Ininfluyente?	
Farmacia/fisica sanitaria	Ininfluyente?	
Direzione sanitaria/amm. ^{vo} /gen.	Ininfluyente?	
Costi comuni ospedali	Ininfluyente?	



che espletano il maggior volume di attività ostetrica superando i 2.000 parti per anno. Nella tabella sotto la voce *costi totali* sono indicati i costi annuali della singola voce ed al *costo/giornata* il costo della voce per ogni giornata di degenza. Poiché la/le giornate di degenza risparmiate sono le ultime - prive di significato clinico, ma conservanti il peso alberghiero - abbiamo tolto dal calcolo la voce personale sanitario, beni sanitari, manutenzioni, utenze, tutte le voci relative ai costi comuni, i costi ribaltati di presidio e d'azienda (voci senza asterischi).

Siamo stati incerti per la valutazione del costo del personale infermieristico (si veda più avanti). Le conclusioni cui siamo arrivati sono le seguenti:

- se il personale infermieristico lo si carica al 100% il "risparmio" per giorno è di Lit. 169.611 (voci con asterischi);
- se non lo si carica affatto il "risparmio" è di Lit 37.386 (voci con due asterischi).

È comunque difficile immaginare che questo dato (del personale infermieristico) possa essere caricato in una degenza che si è ritenuta abolibile senza rischio per la paziente, come è difficile immaginare che questo costo possa essere abolito se la coppia è presente in reparto.

Abbiamo allora cercato di immaginare un metodo di calcolo diversamente impostato. Questo può essere effettuato sulla base dei costi incrementali (tabella 2). Questo calcolo presume che ad ogni coppia madre-bambino presente in ospedale, anche a necessità assistenziale zero (ma esiste semmai un'assistenza ridondante, non eticamente superflua), sia somministrata, comunque, la stessa quantità di assistenza solo in virtù della sua presenza.

Con questa modalità di calcolo, come si vede, si raggiunge un valore abbastanza simile al più alto dello schema precedente. Il che è ragionevole in quanto ambedue comportano l'utilizzo di mansioni di personale di assistenza. Rapportandolo alle 5.000 giornate/anno risparmiate rispetto ai valori del 1995 si ha un "guadagno aziendale" di anno in anno dal 1995 al 1998 in tutta la regione di Lit. $(5.000 \times 155.047) = 775.235.000$ pari ad una media di Lit. 27.686 per ogni parto espletato nella regione. Questo puro calcolo, biematicamente matematico, non tiene conto ovviamente di altre possibilità:

- quella di disporre di spazi liberati per altri settori di attività della UO o dell'Azienda,
- quella della riduzione di personale medico o infermieristico

(che peraltro nella Regione Emilia Romagna non si è affatto verificata),

- quella di un utilizzo diverso del personale disponibile.

Conclusioni

La dimissione precoce non sembra avere determinato un consistente risparmio di risorse da parte delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie dell'Emilia-Romagna, a meno che questo non sia stato inserito in una modificazione della politica aziendale relativa ad un diverso uso delle risorse in spazi ed in personale. Ogni valutazione sulle conseguenze della dimissione precoce sembra perciò dovere prescindere da questo dato esclusivamente economico. ■

Bibliografia

I. A.M. Marbella, V.K. Chetty, P.M. Layde Neonatal hospital length of stay. Readmission and charges. *Pediatrics* 1998;101:32



Corso di formazione per operatori con responsabilità dirigenziali nei servizi di salute per la donna ed il bambino

Il corso è rivolto specificamente agli operatori con responsabilità di direzione e/o pianificazione e/o formazione nei servizi materno-infantili e assume la dimensione del dipartimento materno-infantile. L'obiettivo didattico è l'acquisizione di competenze nei seguenti ambiti: analisi della situazione, programmi specifici e linee-guida relative al materno-infantile, organizzazione e pianificazione, valutazione e formazione.

Conseguentemente il corso è articolato in quattro moduli:

1. Analisi dei bisogni e delle risorse;
2. Obiettivi e interventi;
3. Pianificazione e organizzazione;
4. Valutazione e formazione.

Ciascun modulo ha una durata di quattro giorni. Il monte ore complessivo è di 120 ore (30 per ciascun modulo). Il numero massimo di partecipanti previsto è di 24 per corso. I moduli sono strutturati in introduzioni e relative discussioni da condurre in plenaria e in gruppi di lavoro.

Sono al momento in fase di organizzazione due corsi:

1. Il primo si terrà a Matera nelle seguenti date: 18-21 ottobre 1999; 15-18 novembre; 13-16 dicembre; 10-13 gennaio 2000. Iscrizioni entro il 31 luglio 1999.
2. Il secondo si terrà a Trieste nelle seguenti date: 16-19 febbraio 2000; 15-18 marzo; 12-15 aprile; 10-13 maggio. Iscrizioni entro il 31 ottobre 1999.

Per ulteriori informazioni contattare:

Alessandra Sila, Centro per la Salute del Bambino - ONLUS, Trieste. Telefono 0403220447 E-mail: csb.trieste@iol.it

Tab. 2.

Personale ostetrico per 2 visite giornaliere (20')	15.000
Personale per nursing per neonato (2.5 ore)	75.000
Tempo di ostetrico e pediatra (10' + 10')	28.000
Altro personale	22.790
Beni economici	2.764
Lavandolo	11.493
TOTALE	Lit. 155.047

(NB: ad ambedue gli schemi (tab. 1 e tab. 2) dev'essere aggiunto il costo dei pasti)

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

MICS
PURA

La visione “libero professionale” contro la visione “stalinista” dell’ACP

La parola a Vincenzo Nuzzo, pediatra di libera scelta - Asl Napoli

Qualche mese fa il direttore di questa rivista chiese al dr. Vincenzo Nuzzo un articolo sulla sua visione della Pediatria di famiglia. Lo chiese perché, leggendo alcuni contributi di Nuzzo su Pediatria on line e un non più recente articolo su Medico e Bambino, si era reso conto di una visione della pediatria di famiglia assai diversa da quella dell’ACP: concezione libero professionale versus concezione di comunità. Sembrava giusto offrire ai nostri lettori una visione non “omologata” alla nostra. Giunto l’articolo in redazione ci si rese conto che alcune parti potevano risultare di non facile leggibilità, ma per evitare interferenze con il pensiero dell’autore, fu lasciata completamente intatta la composizione dell’articolo. Anche perché un tentativo di porre chiarimenti su alcune ipotesi prima della pubblicazione non risultò gradito (cosa che può capitare) all’autore stesso. Il solo rammarico fu la necessità di dovere scendere il corpo del carattere per la lunghezza dell’articolo.

Nelle prime settimane del giugno 1999, sempre attraverso Pediatria on line, il dr. Vincenzo Nuzzo ha lanciato una lettera-appello contro la visione “stalinista” dell’ACP e del PSN che ci piace pubblicare non per smentire l’attribuzione della qualifica di “stalinisti”, ma perché questa, forse più dell’articolo, rende chiara la visione del collega napoletano.

La lettera su Pediatria on line

Cari colleghi,
ho cercato di scrivere una lettera-appello ... Io credo perché il prepotente spirito “stalinista” che soffia sulla sanità italiana affascina ed intimidisce molti, con l’idea e l’istanza di un’omogeneità di comportamenti che sembrerebbe razionale e apportatrice di ordine e di etica. Si fa fatica però a vedere come l’appiattimento e l’illiberalità che essa senz’altro determinerà, comporterà la distruzione della dimensione libero-professionale e l’ulteriore peggioramento del rapporto assistenziale con il paziente, già adesso a livello infimi. E soprattutto non si comprende che (... omissis ndr) il nostro operato sarà sottoposto al controllo asfissiante e pedante, non dei “garndi ideali” e degli “illuminati” che oggi stanno dando corpo ed appoggiando questa riforma, MA dei burocrati miopi, astiosi, inefficienti, ignoranti (molto occupati da preoccupazioni politico-demagogiche e di convenienza personale, e molto poco della qualità dell’assistenza) che dominano nelle amministrazioni territoriali ASL. È incredibile come da soli, e con quanto entusiasmo (vedi proposte ACP), siamo identificandoci con questo spirito e mettendo la testa nel capestro che ci strozzerà. Il fatto è che noi che siamo sul campo ed abbiamo il polso e la misura di problemi e bisogni non parliamo e non facciamo, ma lo facciamo fare a chi da questa realtà è mille miglia lontano e parla e fa dall’atmosfera rarefatta di olimpi

accademici. Loro cosa hanno da perdere? Tanto in trincea, sotto le bombe, ci siamo e ci saremo solo noi! CREDO CHE SIA GIUNTO IL MOMENTO DI SVEGLIARSI, PRIMA CHE SIA TROPPO TARDI!

L’appello

Ho letto con sgomento su *Quaderni acp* sia il lungo documento con le proposte ACP per il nuovo piano sanitario nazionale (Ottobre ‘98) sia l’articolo di Vincenzo Calia (Aprile ‘99). Mi rendo conto che la mia è una posizione probabilmente non largamente condivisa nell’ambito del Forum ed dei PdF in generale, ma vorrei comunque esprimere la mia preoccupazione per una tendenza che secondo me ci sta portando verso una prospettiva poco desiderabile, se non francamente autodistruttiva, e sapere se ci sono colleghi che la condividono. I progetti contenuti nella proposta ACP corrispondono ad idee rispettabilissime ed analisi corrette, e si riferiscono a contenuti assistenziali dal valore inopugnabile e che molti di noi, preoccupati della qualità delle prestazioni, già cercano di applicare quotidianamente. Tuttavia ciò che mi sembra prevalere su tutto (e sembra costituire lo spirito informatore di tutta la proposta) è una preoccupante identificazione ed auto-identificazione dei PdF come “effettori” di un “servizio pubblico”, che, se in sé non ha alcunché di sbagliato, corrisponde però molto poco alla dimensione libero-professionale che dovrebbe contraddistinguere l’identità dei medici e pediatri di base.

La conseguenza è la progressiva e sempre più totale incorporazione volontaria del PdF nel sistema assistenziale come sua parte integrante, e la sempre minore distinzione in termini di caratterizzazione professionale di questa figura rispetto alle altre appartenenti al sistema. Infatti è proprio questo spirito che viene recepito, fatta proprio e portato avanti nella proposta ACP e rappresenta la base del pensum di Calia (che certamente interpreta il pensiero di molti PdF). Così, sempre meno sembra essere delineata (fino a perdersi nel nulla) la possibilità di una figura “libera”, cui non vengano affidati “compiti” ma cui venga semplicemente concesso dalla comunità il “credito”, corrispondente alle sue potenzialità professionali, in termini di affido di un settore dell’assistenza territoriale alle sue originali, libere e autonome capacità professionali ed organizzative. Cari colleghi, ma cosa stiamo cercando esattamente di fare? Stiamo cercando la sicurezza verso il paventato rischio di una nostra eliminazione dal sistema? E la stiamo cercando rassicurando la controparte sulla nostra fedeltà allo spirito informatore della sua visione “stalinista” del sistema assistenziale? Siamo sicuri che funzionerà non a nostre spese? E siamo veramente coscienti del prezzo da pagare per raggiungere questa sicurezza e questa unanimità di vedute? E stiamo facendo bene lasciando ai soli “cervelli” dell’ACP il compito di portavoce autorevole ed ufficiale riguardo ai progetti che definiranno d’ora in poi il nostro modo di essere e lavorare?! Come

supereremo il conflitto tra il nostro schiacciamento verso un ruolo operativo sempre più da "dipendente-impiegato" ed un trattamento fiscale sempre (quello sì!) da libero-professionista? Come concilieremo la "libertà" che abbiamo scelto (andandocene da strutture accademiche o ospedaliere per fare i PdF da libero-professionisti) con l'agenda sempre più piena di impegni partecipativi e compiti (decisi naturalmente dal "dirigente" o "responsabile" di turno, cioè un burocrate, medico o non, che, in genere, si preoccuperà solo di salvare la sua poltrona e molto poco di qualità e razionalità, tanto meno della nostra dignità e dei veri interessi del paziente) e sempre meno del rapporto con il paziente, specie nel modo "originale" con cui avremo deciso di interpretare e gestire il rapporto con il paziente ed i suoi bisogni?

Perché in un sistema pubblico non potrebbe esistere uno spazio "libero" gestito da professionisti "liberi", contrattati dalla comunità (ma non dovrebbe forse essere stato così per noi fin dall'inizio, visti i dettati dell'istituzione della PdF?!), che, nel rispetto ovviamente delle regole dell'arte e morali, applicano i loro criteri e modi specifici di fare assistenza pediatrica? E non sono forse questi professionisti sufficientemente giustificati nel loro agire dal semplice fatto di avere una regolare formazione universitaria, con tanto di titolo, e di eventuali altri requisiti formativi comprovabili, acquisiti successivamente? Non basta questo per renderli credibili e degni dell'affido di questo mandato? Oppure occorre ancora che dimostrino di eseguire a puntino direttive strategiche, linee-guida e protocolli per giustificare la loro esistenza? E l'adesione a queste istanze ha a che fare con le regole dell'arte medica oppure piuttosto con una dimensione politica, che dovrebbe toccare solo marginalmente i medici? Non si rischia cioè di trasformare l'atto medico in un atto solo formal-burocratico? Perché un tale operatore, messo veramente in grado (con concreti strumenti istituzionali corrispondente ad una precisa definizione del ruolo) di interagire con il paziente, in modo compatibile con una scelta ed un "contratto" assistenziale liberi, responsabili e consapevoli, ed ai cui atti sia conseguentemente conferito il "valore" adatto da parte della comunità e dal network di strutture e servizi del SSN, non potrebbe giocare un ruolo territoriale centrale, pur non essendo parte integrante strutturata del sistema? Si tratta di scegliere tra un sistema di "parti", strutturate ed integrate in un tutto, ed un sistema di "unità" autonome, decentrate, libere, ma certamente funzionalmente integrate fra loro e con il sistema. E più queste unità vengono messe in condizioni di agire efficacemente, e liberate da incombenze formali, limiti organizzativi e dall'obbligo di soddisfare una domanda distorta, maggiore e migliore sarà la loro operatività e maggiore quindi la loro capacità di interazione funzionale col sistema. Il buono non

è detto che possa accadere solo in un sistema che funzioni come tutto, ma anche nell'ambito della singola "unità" (che adesso è "angusto", come lo definisce Calia, ma che domani potrebbe diventare amplissimo e densissimo, se liberato, valorizzato e lasciato sbocciare e fiorire), in grado di produrre, elaborare, trasmettere. Un sistema simile esiste, ad esempio in Germania, dove qualsiasi medico extra-istituzionale è libero-professionista "convenzionato", cioè contrattato da assicurazioni semi-statali o private per fornire assistenza diretta ai pazienti. Tra questi anche pediatri. Non è vero affatto quindi che l'Italia detenga il merito di una PdF territoriale! In realtà credo che sia molto semplice ciò di cui abbiamo bisogno per dare al nostro lavoro l'efficacia ed efficienza che non ha. Basta che ci venga data la possibilità di fare il nostro lavoro all'altezza delle potenzialità, capacità, conoscenze e progettualità che siamo capaci di sviluppare (nel rapporto con un'utenza "educata" ed edotta su ciò che può e deve aspettarsi da noi), il che significa automaticamente in modo dignitoso, efficace e produttivo. Non c'è bisogno necessariamente di:

- associazionismo (anche se in sé, ove possibile, desiderabile)
 - contesti organizzativi su larga scala
 - controlli, verifiche, protocolli e finalizzazione della nostra attività ad obiettivi collettivi
- Semplicemente abbiamo bisogno di:*
- definizione chiara del nostro ruolo, e cioè compiti
 - piena realizzazione del regime libero-professionale alla base della nostra istituzione
 - libertà e diritto di sviluppare un autonomo progetto assistenziale, nell'ambito di uno specifico modello organizzativo
 - definizione del rapporto con l'utente come "contratto" responsabile e consapevole
 - disponibilità di strumenti istituzionali per difendersi dall'abuso per prestazioni improprie.

E sono proprio queste cose molto semplici che nessuno vuole garantirci, perché rappresenta merce poco interessante per i politici. Ma la domanda è: vogliamo lasciarci dire chi siamo e cosa possiamo o non possiamo fare o vogliamo dirlo (imporlo) noi?! Cari colleghi che la pensate in questo modo, dobbiamo fare sentire la nostra voce e non rassegnarci a quello che ci sta calando addosso. *Dobbiamo fare qualcosa: contiamoci, verifichiamo quanti siamo, uniamoci, usciamo allo scoperto, non lasciamo che l'indeterminazione del nostro vero ruolo, la rassegnazione e l'eccessivo tatticismo, che sembrano contraddistinguere persistentemente il nostro rapporto con la controparte, lascino che il nostro campo di azione si trasformi in un deserto, in cui tutta questa omogeneità organizzativa che si sta cercando di erigere, sicuramente si trasformerà nell'esercizio sterile di un formalismo dogmatico ed improduttivo da sistema "stalini-sta".* E ricordiamoci che i primi a dover pagare i

conti di questo saremo noi che stiamo in prima linea! *Se ci siete, battete un colpo e formiamo un movimento di opinione, in modo che non siano solo i singoli a parlare e battersi.* Prego quindi vivamente chi fosse d'accordo con queste considerazioni di mettersi direttamente in contatto con me, e non solo per discutere ma in modo che possiamo trasformare le opinioni in fatti. Non ci arrendiamo! Prima che sia troppo tardi!

L'articolo per Quaderni acp: "ANALISI STRUTTURALE DELLA PdF ITALIANA ED IPOTESI PER UN INTERVENTO DI RIQUALIFICAZIONE"

Il pediatra di famiglia e l'opinione pubblica

Il momento critico che sta vivendo la PdF - in cui sempre più speranze vengono riposte nelle sue potenzialità, ma, nello stesso tempo, sempre più spesso critiche anche severe vengono esercitate verso il modello assistenziale in cui essa attualmente si esplica -, sta determinando il paradosso per cui, pur avendo insite in sé grandi risorse e potenzialità, pur svolgendo un grosso lavoro ed occupando un ruolo teoricamente di grande rilievo nel panorama del SSN, il PdF sembra lavorare e produrre in scarsa risonanza o addirittura discrepanza con le aspettative sia dell'opinione pubblica, sia degli amministratori, sia delle altre figure professionali del sistema, sia persino spesso delle sue proprie. L'analisi di cause e possibili soluzioni organizzative contenuta in questo articolo potrebbe aiutare a comprendere come, buona parte di questo paradosso sia spiegabile con le conseguenze di una cattiva definizione e collocazione nell'ambito del SSN delle potenzialità e capacità insite nella PdF.

Il PdF come medico di base (MdB)

Siamo convinti che per comprendere la situazione attuale bisogna analizzare in modo approfondito il del modello assistenziale praticato nell'unità operativa specifica che ogni PdF rappresenta e che quindi sia necessario andare alle origini, ed interrogarsi sui fondamenti e sui presupposti logistici, culturali e strutturali, che hanno caratterizzato la PdF nel suo momento istitutivo. Se facciamo questo ci rendiamo conto che la collocazione del PdF nell'alveo logistico-strategico della MdB ha fatto di lui una figura professionale assimilabile con il MdF, sia in termini di possibilità produttive sia in termini di immaginario collettivo, trasferendo su di lui le caratteristiche ed i limiti dell'esperienza storica ormai decennale della MdB.

Era inevitabile quindi che una serie di caratteristiche negative, che affliggevano questo modello assistenziale, venissero a caratterizzare fortemente, fino ad una globale caratterizzazione negativa, anche il modello assistenziale in cui operava il PdF.

Cercheremo di elencarle:

1) *Produttività forzatamente di tipo "minimalistico"*, in quanto non effetto di un progetto modellato sulle potenzialità professionali dell'operatore e sui veri bisogni di salute dell'utenza, bensì semplicemente risultato di una struttura modellata sulle aspettative "selvagge" dell'utenza, e quindi caratterizzata da dedica di grossi spazi assistenziali alla soddisfazione incondizionata di aspettative di prestazioni "minima" (con un eccesso non limitabile, a causa dell'assenza di una normativa specifica) con frazioni di tempo minime da dedicare al singolo paziente.

2) *Eredità storica di una cultura degenerata del rapporto medico-paziente* basata sull'uso strumentale del medico come prescrittore-distributore incondizionato di risorse e mancanza di affidamento al medico veramente "scelto" ("medico dell'elenco") e conseguente vera collaborazione con il medico, con conseguenti:

a) conflittualità basata su un'ideologia "politica" rivendicativa, impropriamente trasferita dal campo della contrapposizione di classe al campo dell'uso delle risorse sanitarie ("diritto alla salute", come malinteso diritto incondizionato all'elargizione di prestazioni preselezionate);

b) interazione con il medico fortemente determinata, nella sua dinamica comportamentale e negli effetti, da aspettative "preselezionate", in base a cognizioni e conseguenti schemi comportamentali fissati nella "cultura tradizionale" della salute (2).

3) *Cultura della salute degradata* da parte dell'utenza, perché basata sulla deresponsabilizzazione verso sé stessi, nell'ambito di un concetto di salute inteso come rapporto irresponsabile e passivo con la sostanza chimica "distribuita gratis dallo stato" ed una visione della salute come "assenza di sintomi" tout court; con la conseguente tendenza ad una mentalità terapeutica orientata alla soppressione indiscriminata di sintomi con mezzi veloci ("qualcosa di più forte") e molto meno alla prevenzione ed alla coscienza dei propri atti.

4) *Cultura degradata dell'amministrativa territoriale* (ASL), perché mediamente basata su una disomogeneità e distanza culturale ed organizzativa dell'operatore territoriale (MdB/PdF) rispetto alla pratica politico-amministrativa, in assenza totale di progetti e modalità interattive di vera collaborazione, o in presenza, nei casi peggiori, di una diffidenza di principio che talvolta rasenta il disprezzo.

5) *Scelta politico-strategica di una medicina fortemente e genericamente capillarizzata* ("di massa"), orientata alla soddisfazione indifferenziata, incondizionata e non selezionata della domanda selvaggia di prestazioni "minime", in assenza di una vera filosofia della salute, che permetta di selezionare gli obiettivi prioritari da raggiungere e le attività più qualificanti in tal senso.

Siamo convinti che le carenze, le contraddizioni

ed i paradossi strutturali di un'unità operativa così caratterizzate, sia, indipendentemente dall'assenza di un'integrazione dei servizi (dipartimenti, associazioni, gruppi...), la causa maggiore dell'improduttività o della produttività distorta del modello assistenziale che dalla MdB si è estesa alla PdF, e quindi che il punto focale del degrado sia localizzabile nella strutturazione delle unità operative singole periferiche, cioè a livello delle interfacce interattive MdB-PdF/paziente-utente. La riflessione sull'organizzazione della struttura interazionale primaria del modello assistenziale e sulle sue determinanti antropologico-culturali, che vedremo determinanti nella strutturazione pratica del modello, è dunque fondamentale nell'ottica di una riqualificazione della PdF (e della MdF).

Il PdF e i genitori/utenti

In considerazione anche di quanto esposto prima, vediamo ora quali sono invece i fenomeni negativi insorti nel momento della strutturazione della PdF, cioè quelli che caratterizzano "negativamente" in modo specifico la dimensione dell'assistenza pediatrica territoriale:

1) *Rapporto medico-genitore/paziente* basato sulle caratteristiche discusse a proposito delle medicina generale, con le seguenti caratteristiche riassuntive:

a) tendenza all'uso strumentale del pediatra, delegittimato quale specialista del bambino e preteso quale prescrittore generalista del bambino e "soddisfattore" di aspettative "preselezionate"

b) tendenza alla non assunzione di responsabilità, per quanto dovuto in termini di impegno per la salute del bambino (vedi cambio di abitudini familiari: fumo, alimentazione...), con prevalenza invece ad una visione della salute come effetto passivo dell'azione di farmaci (NON, attenzione, dell'azione terapeutica!!!)

c) tendenza ad un forte gap comunicativo tra pediatra e genitori per quanto riguarda la comprensione dei concetti ed esigenze organizzative assistenziali, necessari per la salvaguardia della qualità delle prestazioni

d) affidamento ispirato spontaneamente al "disprezzo del medico dell'elenco", e la cui revoca è finalizzata solo allo sforzo da parte del pediatra di fornire "prove" di qualità, secondo le aspettative della cultura tradizionale ("disponibilità...!", "reperibilità...", "è bravo perché viene sempre a casa"!).

e) tendenza alla richiesta fortemente rivendicativa di prestazioni "predeterminate",

f) tendenza ad una valutazione qualitativa delle prestazioni, guidata solo dalle esigenze della cultura irrazionale e alla piena soddisfazione delle esigenze preselezionate.

2) Forte gap culturale nell'interazione con il PdF, approcciato sulla scorta di una *cultura della salute* (1,2) irrazionale e paradossale, una cultura che determina modalità "rituali" di affi-

damento al medico, con un conseguente gap comunicativo, che a sua volta pregiudica a priori l'efficacia di qualsiasi interazione produttiva con il paziente (vedi allattamento al seno, consumo farmaci, atteggiamento medio verso la febbre e gli antibiotici, problemi psico-educativi del bambino), e la cui esigenza fondamentali è una "ritualizzazione" della malattia del bambino e della sua cura, strumentale all'esplicazione di una genitorialità "rituale", da cui tendono ad essere assenti criteri razionali e rispetto per le esigenze del bambino quale persona.

3) Conseguentemente la strutturazione e la qualità del modello assistenziale non sono determinati da esigenze di assistenza qualitativa, ma SOLO dalle abitudini ed aspettative dell'utenza con:

a) eccesso di richiesta di prestazioni irrazionali (visita domiciliare pretesa con tenace convinzione al di fuori dei casi intrasportabilità),

b) eccesso di richiesta incontrollabile di prestazioni ambulatoriali con:

- attività prevalentemente orientata alla soddisfazione di aspettative "minimalistiche" ("*pediatra-balia-assistente sociale*")

- conflittualità continua, relativa alla richiesta "preselezionata" da parte dell'utenza (uso dei farmaci e delle risorse diagnostiche)

- tendenza all'accesso all'assistenza, guidato dalla logica del "tanto è gratis" (moltiplicazione ingiustificata degli accessi in contraddizione con l'oggettivo bisogno) e non dalla logica dell'effettivo bisogno

- mancanza di formulazione di un vero e sostanziale mandato assistenziale (diagnostico-terapeutico) al PdF, che permetta di fissare obiettivi e cercare di raggiungerli, attraverso una vera collaborazione (nell'ambito della "scelta" cosciente di un "contratto" assistenziale responsabile), ma che, al contrario, vede il "salto" del PdF, in base a criteri e indicazioni spontanee dell'utente (ricorso spontaneo al PS, ad altri specialisti, autoprescrizione di indagini di laboratorio e farmaci...)

- forzosa tendenza a dover trattare come "falsi problemi" una serie di problematiche (vedi ad esempio "inappetenza" e disturbi comportamentali non gravi...) che, essendo segnale di disagio più profondi, per poter essere trattati adeguatamente, richiederebbero un setting assistenziale ed una relazione terapeutica adeguata ("contratto")

- conflittualità incompatibile con la possibilità di un'assistenza qualitativa e con una dignitosa cornice professionale relativa alla tendenza di principio ad abuso e/o maluso dei servizi e strutture organizzative offerti dal PdF (assenza di partecipazione attiva al processo di approfondimento diagnostico-terapeutico).

Il modello assistenziale "forzato"

Questi fenomeni funzionali determinano poi in pratica caratteristiche strutturali, che apparentemente sembrano sostanziali al modello ed alla

figura professionale, ma in realtà sono solo espressione di forzate limitazioni peggiorative, che, pregiudicandone l'esplicazione della potenzialità, ne fissano l'immagine a livelli qualitativi minimi non corrispondenti alle sue possibilità teoriche. Così il modello determinato dai fenomeni dinamici interfacciali (a loro volta espressione della mancata definizione di compiti e ruoli), invece che dal dover essere razionale è caratterizzato operativamente da una serie di limiti:

- assistenza basata sulle "nude mani equipaggiate di fondendoscopio, lampadina e bilancia", in mancanza di strutture diagnostiche adeguate o per la difficoltà ad usarle a causa dell'eccesso di richiesta ("pediatra scalzo")

- impossibilità di effettuare prestazioni di qualità, per la mancanza dei spazi di tempo adeguati, erosi ed esposti all'eccesso di richiesta non contenibile; quindi difficoltà o impossibilità di raggiungere obiettivi assistenziali qualificanti, che vadano aldilà della soddisfazione della gran massa di richieste di prestazioni "minime" e della richiesta di "normalizzazione rituale" (gestione del paziente iper-acuto, pratiche diagnostico-terapeutiche "time consuming", allargamento dei tempi di assistenza per singolo paziente...)

- impossibilità di produrre effettivi mutamenti in termini di salute individuale e collettiva, quindi assenza di "produttività"

- isolamento e "perifericità" culturale e strategica, nell'ambito di un sistema caratterizzato da un'organizzazione assistenziale piramidale, in cui il PdF è visto come un puro gestore di patologia minima e settore di normalità, con conseguente scarso valore produttivo dei suoi "atti" nel panorama del SSN, e rischio di progressivo impoverimento dell'esperienza clinica, conoscenze e motivazioni, corrispondenti al livello professionale ed alla formazione dello specialista pediatra.

La dimensione socio-antropologico-culturale dei fenomeni

Insomma, se molte delle caratteristiche negative dipendono da impostazioni strategiche e culturali errate o deboli, una buona parte di esse derivano proprio dal fatto che il PdF è condannato dalle caratteristiche strutturali di un modello assistenziale, determinato da sfavorevoli circostanze interfacciali, a produrre un'assistenza

non all'altezza delle sue possibilità, o a dover fare sforzi spesso sovrumani per poterla avvicinare a questo obiettivo. Aldilà infatti di fortunate realtà locali, in cui si verifici l'occorrenza di una serie di favorevoli variabili culturali, socio-culturali, antropologiche e di politica amministrativa, nelle realtà più "fragili" da un punto di vista socio-antropologico-culturale, l'esposizione del modello all'influsso delle preponderanti variabili negative, condanna quasi sempre l'operatore a raggiungere livelli qualitativi molto bassi, e poco modificabili con i pur più grandi sforzi individuali possibili. *Il sistema si condanna insomma da solo alla pressoché totale impotenza ed improduttività, proprio laddove sarebbe più utile e necessario produrre risultati.* Ci sembra quindi indispensabile sottolineare, come momento fondamentale di quest'analisi critica, l'importanza di una considerazione antropologico-culturale delle strutture interattive pediatra-genitori, a livello territoriale. Vorremmo infatti aggiungere all'usuale criterio clinico-epidemiologico di osservazione dei fenomeni, il criterio che è quello che ne consente un'interpretazione quali fenomeni che sono espressione della cultura nell'ambito della quale essi vengono prodotti, cioè dell'insieme di cognizioni, fantasie ed emozioni condivise collettivamente. Poiché buona parte dei fenomeni negativi, con cui si confronta il PdF, hanno alla base cognizioni maturate nell'ambito di ampi fenomeni a dimensione antropologico-culturale, le cui caratteristiche fondamentali sono:

- che esse sono rinforzate e radicate da una sorta di consenso inconscio collettivo, in grado di fondarle quali criteri universali, indubitabili e pre-razionali, di giudizio

- quella di essere "a-storiche", cioè collocate in una dimensione poco o nulla influenzata da eventi che si muovono sul piano "storico" (cognizioni razionali acquisite, relazioni di apprendimento...). È chiaro che i comportamenti relativi a queste cognizioni non sono modificabili nell'ambito del setting interattivo inter-individuale, e soprattutto "storico", caratteristico dell'interazione cognitiva ed emotiva della relazione medico-paziente. *Di conseguenza "l'educazione sanitaria" non può, per definizione, modificare i fenomeni collettivi che sono alla base degli aspetti interfacciali negativi che, come abbiamo visto, caratterizzano negativamente il modello assistenziale territoriale.*

Struttura piramidale o network multicentrico?

Una volta esaminati i fenomeni che influenzano in senso negativo il modello assistenziale della PdF, e discusse le relative caratteristiche, è il momento di far seguire la discussione delle modifiche necessarie per una riqualificazione del modello. A tale scopo, vorremmo proporre un modello di network assistenziale territoriale, non più piramidale ma "multicentrico", in cui il

PdF potrebbe svolgere quel ruolo di "iniziatore di percorsi" (invece di quello di "filtro" periferico al quale finora è stato sacrificato), che è più consono alla sua immagine professionale ed alla possibilità di valorizzazione delle sue potenzialità produttive, di cui forniamo in diagramma le caratteristiche fondamentali (fig. 1). Si tratta di un network dinamico "multicentrico" in cui ogni unità può essere dinamicamente centrale rispetto alle altre ed in cui la metafora definita come "interstizio" costituisce lo spazio che collega le varie unità operative coinvolte, e che contiene tutte le attività assistenziali non svolte in ambito intramurale ma in collaborazione. L'attività più propria al PdF sarebbe quindi da vedere come una gestione "porosa", in cui l'attività intramurale comunica in modo continuo con "l'interstizio". La collaborazione del PdF con le unità operative di natura diversa dalla sua avverrebbe dunque, oltre che in maniera diretta, anche contemporaneamente in maniera continuamente indiretta, attraverso la gestione da parte del PdF "dell'interstizio", in cui l'attività delle varie interfacce si completa e si fonde. In tal modo l'attività del PdF non coinciderebbe più con un'azione di "filtro", basato sulla gestione intramurale dei problemi minimi e la selezione dei problematiche da espellere ed inviare a strutture superiori, ma con una partecipazione "continua" alla gestione di problematiche di salute, che a seconda del loro stadio e della loro natura possono poi richiedere una gestione temporanea nell'ambito intramurale di una o più delle interfacce-unità operative del sistema.

Il PdF come "iniziatore di percorsi assistenziali"?

In tal modo la relazione del PdF con la realtà assistenziale sarebbe caratterizzata da:

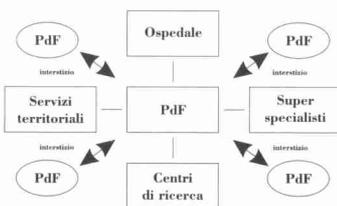
a) gestione a vari livelli del paziente-famiglia e dei problemi con:

- gestione propria di pazienti e patologie inerenti l'unità operativa
- problematiche cliniche a dimensione culturale (disturbi alimentari non organici, disturbi comportamentali)
- dati propri per indagini epidemiologiche limitate
- gestione interstiziale collaborativa
- gestione transitoria con passaggio verso interfacce per ricovero
- presa in carico superspecialista
- presa in carico di servizi territoriali
- cessione dati per indagini epidemiologiche a largo raggio

b) gestione di "records" assistenziali-base per l'innescio del processo assistenziale e diffusibili attraverso i percorsi del network (cartella articolata per problemi e dimensioni patologiche, episcrisi, libretto dei bilanci di salute, banche dati). E così l'attività del PdF avrebbe le seguenti caratteristiche strutturali:

- innescio del percorso diagnostico-terapeutico

Fig. 1.



- orientamento e supporto dei genitori nelle prime fasi del processo diagnostico-terapeutico, con evitamento del ricorso improprio alle altre strutture assistenziali
- collegamento con altri operatori attraverso atti/oggetti assistenziali ufficiali (epicrisi PdF come punto 0)
- diagnostica di follow-up (cronici propri, cronici provenienti da strutture)
- compiti terapeutici "complessi", nell'ambito di processi terapeutici iniziali e autogestiti o collaborativi
- svolgimento, con le opportune collaborazioni e integrazioni, di un ruolo di "agente culturale territoriale", a contatto con le problematiche culturali, che sul territorio trovano la più genuina e naturale espressione ed estensione (ruolo di testimonianza, denuncia ed "advocacy" verso i problemi della famiglia e del bambino, con produzione di prese di posizioni ufficiali basati sull'esperienza territoriale). Ma soprattutto, l'eliminazione dall'immagine professionale del PdF della gestione obbligatoria e incondizionata del "minimo" tout court ("pediatra balia-assistente sociale"), aprirebbe una prospettiva nuova, in cui l'ambito naturale di impiego del pediatra territoriale, cioè quello dei problemi "frequenti e comuni", si arricchirebbe di possibilità organizzative di intervento, che trasformerebbero i problemi apparente "minimi" nelle dimensioni più complesse che essi sottendono. Non bisogna infatti dimenticare che "minimo" è in realtà solo il problema che sembra tale quando viene presentato in un setting culturale ed organizzativo, che ne esclude a priori l'approfondimento, sia da parte del medico che del paziente e che quindi mente la natura e sostanza del problema! Si aprirebbe in tal modo una prospettiva di maggiore incisività e produttività, in una filosofia e strategia dell'affronto dei fenomeni della salute infantile, basata soprattutto sulla qualità e sulla selettività.

I presupposti organizzativi e strutturali

Poiché però questo modello viene concepito nell'ambito di una "rivoluzione culturale" dell'assistenza pediatrica, non è pensabile che la sua realizzazione possa essere compiuta senza le modificazioni necessarie cui si è accennato, e cioè senza il profondo rimaneggiamento di una serie di aspetti culturali ed organizzativi, in assenza del quale le modificazioni nel senso del network resterebbero certamente solo formali e senza effetto. Cercheremo dunque di elencare qui di seguito, riassumendoli, quali dovrebbero essere i presupposti organizzativi e strutturali da realizzare in base ad una revisione della cultura della pediatria territoriale, cioè in base all'analisi e discussione delle caratteristiche negative presentate prima:

1. Organizzazione/strategia

Garantire l'istituzionalizzazione della figura del

PdF come "professionista" e "specialista" territoriale e quindi come:

- iniziatore di percorsi diagnostico terapeutici ed interattore centrale con le interfacce assistenziali territoriali (gestore privilegiato "dell'interstizio", fino al limite consentito dalla patologia e dalle caratteristiche della sua unità operativa)
- effettore di ruoli terapeutici di primo livello a vasto raggio
- attore volontario di una possibile trasformazione della sua unità operativa, nel senso di un potenziamento, con l'assunzione di compiti superspecialistici, derivanti da formazione specifica (potenziamento delle capacità diagnostico-terapeutiche dell'unità operativa).

2. Cultura

Decretare la fine della perifericità culturale del PdF con:

- identificazione del PdF come interlocutore/iniziatore da parte di strutture assistenziali, agenzie culturali, centri di ricerca e servizi sociali
- avanzamento della cultura relativa alla posizione del PdF da parte dei suoi interlocutori (amministratori/tivi, stampa, utenza) e da parte degli operatori stessi (autoscoscienza, riqualificazione centripeta e autogestita)
- assegnazione di valore istituzionale agli atti/oggetti di comunicazione in rete prodotti dal PdF.

3. Amministrazione territoriale

- Sancire il ruolo del PdF come "libero-professionista contrattato" dalla comunità per svolgere una serie di compiti non illimitati a vantaggio dell'utenza
- severa vigilanza sulla qualità dell'assistenza amministrativa delle strutture territoriali nei confronti del PdF

4. Struttura

- Riqualificazione e ristrutturazione della struttura ambulatoriale del PdF (unità operativa), nel senso di un potenziamento diagnostico (laboratorio, strumenti diagnostici)
- riqualificazione delle modalità di accesso al PdF nel senso della selettività
- educazione adeguata (campagne istituzionali di massa) dell'utenza
- allestimento di strumenti istituzionali, con fondamento saldamente giuridico, che sanciscano il diritto/dovere della selettività dei criteri di accesso
- strutturazione di "atti/oggetti" comunicativi prodotti dal PdF (unità operativa) con potenzialità di funzione globale nel network (epicrisi, cartella, banche dati, protocolli e percorsi di interazione concordati e sperimentati)
- strutture diagnostiche di riferimento interstiziale accessibili al PdF 12 ore su 12 ore, per un potenziamento e snellimento burocratico della gestione "intersiziale"
- posti letto?

- strutture diagnostiche convenzionate di 1° livello (private?)

- consorzi diagnostici di PdF (secondo competenze diagnostiche) o PdF/strutture diagnostiche private o convenzionate

- DH ospedalieri flessibili (*ricovero super-breve* per emocultura senza formalità burocratiche)?

E in generale occorrerebbe, come si è già accennato, rivedere l'ottica nella quale si valutano le potenzialità delle strutture operative, passando da valutazioni puramente amministrative, più o meno assistite da conoscenze epidemiologiche, a valutazioni più complesse che tengano conto della preponderanza degli aspetti antropologico-culturali, che sono in grado di determinare in modo decisivo la realizzazione pratica di indirizzi strutturali. Infatti se il loro influsso strutturale è negativo, la struttura sarà, come si è visto, sicuramente caratterizzata negativamente.

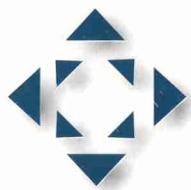
Conclusioni

In conclusione vorremmo riaffermare l'urgenza e la necessità di una seria riflessione sul ruolo e sulle caratteristiche della figura del PdF e di interventi che si ispirino a *presupposti qualitativi minimi*, di cui i più essenziali sono:

- una visione strategica del PdF come volano, che da impulso al processo di accesso alle risorse (mai più solo "filtro"!)
 - una revisione della sua immagine e posizione, che attribuisca valore istituzionale ai suoi "atti" assistenziali, quali "Wegweiser" (segnavia) per i pazienti, nei percorsi nell'ambito della rete di strutture integrate
 - eliminazione della logica e pratica delle prestazioni superflue incondizionate dalla cultura dell'utenza e delle amministrazioni,
 - istituzionalizzazione della selettività delle prestazioni presso l'unità operativa
 - strutturazione culturale "dell'interstizio" e sensibilizzazione delle interfacce operative che collaborano con il PdF.
- Siamo convinti che soltanto analisi e riflessioni, ampie ed approfondite, sui motivi del degrado della PdF e della MdB, da sempre noto ma mai coraggiosamente affrontato, possano portare a quei cambiamenti senza i quali la pediatria e medicina di base non potranno mai svolgere veramente quel ruolo di importanza fondamentale che hanno per la salute individuale e collettiva. ■

Bibliografia

1. V. Nuzzo Dimensione simbolico-culturale dell'inappetenza del bambino. *M e B* 1995;4;45
2. V. Nuzzo Il pediatra espropriato ed il bambino compromesso: cronaca di un viaggio "illuminato" attraverso la dimensione antropologico-culturale dell'assistenza pediatrica territoriale (opera non ancora pubblicata)



L'orzaiolo e la dottoressa

Michail Zoscenko

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 21

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: "Le api e gli uomini" di Michail Zoscenko. Editori Riuniti 1980.

Questa piccola, triste storia è capitata al compagno Petjuska Jascikov. Ma che dico piccola! Per poco non tagliano la gola a un uomo! Durante un'operazione.

Certo, si era ben lontani dal volerlo. Anzi, decisamente molto lontani. E poi questo Petja non era tipo da lasciarsi tagliar la gola tanto facilmente. Diciamolo senz'altro: non era affatto un tipo simile. Ma le circostanze, tuttavia, furono piuttosto tristi per lui.

Anche se, in coscienza, non avvenne nulla di tanto triste. Semplicemente lui non se l'aspettava. Non se l'immaginava. Tanto più che affrontava per la prima volta un'operazione. Senza la minima esperienza. Cominciò tutto da un orzaiolo. La palpebra superiore dell'occhio destro cominciò a gonfiarsi. E dopo tre anni o poco più era così gonfia che pareva un calamaio. Petja Jascikov si precipitò in clinica. Capì con una dottoressa giovane e molto avvenente.

La dottoressa gli disse:

- Potete fare come volete. Se volete tagliare, tagliamo. Se non volete, lasciamo tutto come sta. Di questa malattia non si muore. Anzi, molti uomini, che non tengono conto dell'aspetto esteriore, si abituano perfettamente a vedersi sempre davanti quest'escrescenza.

Tuttavia, in omaggio alla bellezza, Petjuska decise di operarsi. Tanto più che gli piaceva la dottoressa. Prende e si decide per il taglio del bubbone.

La dottoressa lo invita a tornare l'indomani.

Il giorno dopo Petjuska avrebbe voluto recarsi in clinica direttamente dal lavoro. Ma poi pensò:

"Anche se si tratta di una cosa agli occhi ed esterna, insomma se l'operazione, come dire, non è interna, lo sa il diavolo se ti chiedono di spogliarti.

La medicina è una cosa misteriosa. Non sarà meglio fare un salto a casa a cambiarmi la camicia?"

Petjuska corse a casa. Il fatto è che la dottoressa era giovane e Petjuska desiderava gettare un po' di polvere negli occhi: anche se il

vestito non era particolarmente elegante, diamine, la camicia era di puro madapolam.

In una parola, Petja non voleva esser colto di sorpresa.

Corse a casa. Indossò la camicia pulita. Si lavò il collo con la benzina. Si sciacquò le mani sotto il rubinetto. Attorcigliò ben bene i baffi. E si avviò.

La dottoressa dice:

- Ecco la tavola operatoria. Ecco il bisturi. Ecco il vostro orzaiolo. Adesso sistemerò tutto io. Toglietevi gli stivali e sdraiatevi su questo tavolo.

Petjuska lì per lì rimase un po' confuso. "Guarda un po', non credevo proprio di dovermi togliere gli stivali. È una formalità. Povero me, i calzini sono tutt'altro che presentabili, per non dir peggio".

Petjuska Jascikov cominciò, comunque, a sfilarsi la giacca per controbilanciare, diciamo così, le altre deficienze.

La dottoressa dice:

- La giacca tenetela pure! Non siamo in albergo, qui. Toglietevi solo gli stivali.

Petjuska lì per lì afferrò gli stivali, ma poi disse:

- Non credevo proprio, compagna dottoressa, di dovermi stendere. Un male agli occhi, in alto, non l'immaginavo. Compagna dottoressa, dice, mi sono cambiato la camicia, ma il resto, scusatemi, non l'ho toccato. Non fateci caso durante l'operazione.

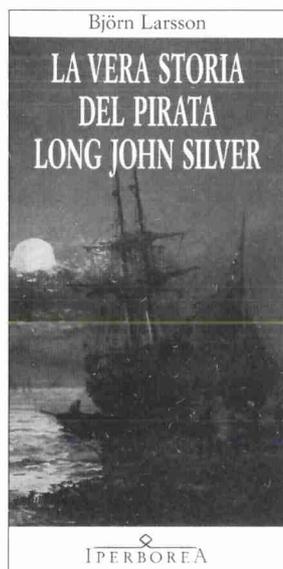
La dottoressa, un po' esaurita dagli studi superiori, dice:

- Su, fate presto. Il tempo è prezioso.

Ma ride anche lei dentro di sé. Così incide l'occhio. Incide e ride. Guarda i piedi e le viene da ridere, e dal ridere le manca il fiato. E la mano trema. Gli avrebbe potuto tagliare la gola con la manina tremolante. Si può forse mettere a così grave rischio una vita umana? Peraltro, l'operazione ebbe esito felice. Adesso l'occhio di Petjuska non ha più escrescenze. E anche i calzini ora sono meno trascurati. Per la qual cosa ci congratuliamo con lui. ■

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



In quarta di copertina i libri dell'*Iperborea* recano L'opinione dell'editore. Per questo libro non si poteva essere più appropriati: *"Ci sono libri che danno pura gioia, facendo vibrare le corde del nostro amore per la lettura: il racconto trascinate unito a temi che ci toccano nel profondo, la suspense e l'avventura e un sottile gioco letterario che stimola la nostra complicità, una documentata ricostruzione storica e il fascino dei personaggi più grandi del reale, nati già immortali..."*

Long John Silver è un pirata al tramonto. Fuggito misteriosamente dalle pagine de *L'isola del tesoro* di Stevenson per scampare alla forca, senza un saluto né per il giovane Jim, né per il dottor Livesey, né per il signor Trelawney, trova rifugio in Madagascar, paradiso dei "gentiluomini di ventura", come fra loro si chiamano i pirati. Ma una sera, nel covo sopra gli scogli, si mette a raccontare la sua storia. Long John Silver, a 57 anni, scrive. Scrive a Jim, in Inghilterra, e gli racconta tutto, e questa volta soltanto la verità perché di bluff e sparate non ne può più. E scrivendo delle sue avventure, dalla fuga da scuola alla vita spietata sui mari, finalmente si conosce, sa chi è stato e chi è. Lui, Long John Silver dalla gamba di legno, soprannominato Barbecue non perché cuoco, come credeva Jim, ma perché infilzò allo spiedo la gamba tagliata di un compagno traditore, ha sempre lottato contro dio (lo scrive rigorosamente con la minuscola), contro i preti, gli avvocati e i comandanti d'ogni tipo. Lui è un uomo libero. Ma adesso la sua libertà non gli basta più, non gli va di morire senza lasciare nessuna traccia di sé. "Sono un uomo anch'io", scrive a Jim. È accattivante trovarsi a leggere una storia di pirati con lo stesso gusto di ragazzi, riscoprendo quella capacità di sognare che ci davano i porti affollati di vascelli, le taverne fumose, i tesori, gli arrembaggi, le tempeste improvvise e le insidie delle bonacce. Romanzo travolgente e ironico dello scrittore svedese Bjorn Larsson. L'autore ha dichiarato di averlo scritto giù nella cabina della sua barca a vela, mentre la moglie teneva il timone lungo le coste della Scozia e dell'Irlanda, e di aver scritto la storia del pirata più famoso per liberarsi di un'antica ossessione. Ma l'avventura gli piace scoprirla nella vita di tutti i giorni: "Devi imparare a fare il bucato agli occhi perché affiori e irrompa il meraviglioso, l'avventura che hai e che non sai".

N. D'A.

Bjorn Larsson *La vera storia del pirata Long John Silver*, Iperborea, 1998, pp. 492, Lit. 36.000

Il titolo originario, quello giusto, rimane apposto sotto, fra parentesi (*Il gesuita perfetto*), mentre viene ripubblicato dopo più di trent'anni con il titolo *Lacrime impure* questo romanzo di Furio Monicelli. La vicenda è racchiusa nell'ambiente di un noviziato; l'autore conosce il mondo di cui scrive, avendone fatto esperienza personale in anni lontani. Aveva creduto di compiere una scelta radicalmente alternativa all'ambiente della sua giovinezza, entrando nella Compagnia di Gesù e ne aveva conosciuto, come novizio, le regole più ferree: le stesse date dal fondatore Sant'Ignazio di Loyola per assicurare alla Chiesa un milizia scelta, nell'epoca delle grandi eresie. Sono dure, quelle regole: non si diventa gesuiti per caso. Si richiede al novizio una continua vigilanza di sé, un'attenzione puntigliosa al comportamento esteriore come a quello interiore, la sottomissione all'autorità del maestro; obbligano al silenzio, all'isolamento. Comportano una resa dell'io, esercitata attraverso una serie infinita di rinunce alle scelte individuali, che, a un occhio esterno, sembrano intollerabili. Come è possibile che, da una simile scuola, escano le persone più forti della Chiesa e, spesso, della nostra stessa società? La domanda affiora più volte, dichiarata o sottintesa, nel racconto dell'autore (Andrea, nel roman-

zo). Soltanto un altro novizio, fratel Zanna, gli farà comprendere, instillando in lui sempre nuovi e più radicali dubbi, la contraddittorietà della domanda.

E mentre l'amico contestatore rinuncerà a prendere i voti, Andrea, pur consapevole di quanto fragile e aleatoria sia la sua vocazione, non tornerà su i suoi passi, assumendo le vesti, decisamente paradossali, del "gesuita perfetto". Scelta non-scelta, ancor più tormentata dalla sopravvenuta passione amorosa per fratel Lodovici, gravemente ammalatosi durante il noviziato e prematuramente deceduto. Nel 1960 il libro venne pubblicato da Longanesi, di cui era allora direttore editoriale Mario Monti, che è intervenuto in occasione di questa edizione affermando: "Credo che avesse bisogno di sedimentarsi, di rivedere la luce non come un interessante reperto d'epoca, ma come un libro che i cambi di stagione lasciano intatto. Un classico, appunto. Per una resurrezione del genere c'è bisogno che il libro si accampi nel tempo. Alla fine ne emerge".

N. D'A.

Furio Monicelli *Lacrime impure (Il gesuita perfetto)* Mondadori, 1999, pp. 140, Lit. 26.000

La premessa è un po' apocalittica, un po' esagerata: ripercorrendo i momenti della propria infanzia Marco D'Eramo ritiene che manchino le storie del presente, che corriamo il rischio di non registrare gli aspetti più familiari della nostra esistenza. Il libro invece è molto bello: è la raccolta di una serie di articoli apparsi sul quotidiano "Il Manifesto", con l'aggiunta di alcuni saggi.

È un rimbalzare qua e là per il pianeta e offrire spunti curiosi e affascinanti. Ci sono i ragazzi amish che si ribellano alla loro tradizione infilandosi i pattini, i gioiellieri di Anversa che non si fidano più della parola data, i 143 giornali e settimanali etnici di New York e i pirati tecnologici dello stretto delle Molucche (se leggesse Long John Silver!), si passano in rassegna le assai significative foggie dei baffi turchi...

D'Eramo rileva che la modernità si presenta come un incessante, sempre più turbinoso, vortice dei corpi e delle merci, oltre che delle parole e delle immagini. La globalizzazione: a Melbourne convivono greci e tamyl, a Chicago polacchi e palestinesi, a Cleveland croati e libanesi, i bantu risalgono i viottoli tra le ville della campagna toscana...

Il titolo (*Lo sciamano in elicottero*) vuol esprimere sinteticamente la contraddizione: lo sciamano guaritore, indovino, cantastorie si muove per il cielo in elicottero per raggiungere i suoi proseliti, i trentamila evenki che non sanno fare a meno di paraboliche e cellulari. Le storie sono ancora molte, come le sorprese.

Alla fine un groviglio di incongruenze risulta essere il frutto della globalizzazione, che ha "ricoperto di una coltre di tran-tran l'incredibile rivoluzione che invece ci ha travolti". Che fare? Collaborare, resistere, ritirarsi, convivere? Lo sciamano si tiene le arti magiche, viaggiando in elicottero.

N. D'A.

Marco D'Eramo *Lo sciamano in elicottero* Feltrinelli, 1999, pp. 248, Lit. 23.000

Sono cinquanta idee espresse in un libro semplice, una guida rivolta soprattutto ai genitori, per aiutare i bambini a sviluppare l'amore per la lettura e far sì che i libri diventino una presenza costante e piacevole nella loro vita di tutti i giorni. Lettori non si nasce, lo si diventa, ma il diventarli non deve essere noioso, faticoso, difficile; non deve essere un obbligo né un dovere. In questo libro troviamo moltissimi spunti intelligenti su come si possa creare in casa una atmosfera che inviti alla lettura; quali siano gli espedienti tipici per stimolare i bambini alla lettura; che cosa è necessario cambiare nel nostro comportamento: usare la televisione con saggezza e parsimonia, creare interesse sulle notizie apparse sui giornali, leggere delle storie in maniera espressiva.

E ancora: come organizzare un programma di lettura estiva personalizzato, come recitare in famiglia, come leggere sbrigando le faccende casalinghe, come raccontare una storia a partire da una serie di immagini.

F. D.

Kathy Zahler *Ai bambini piace leggere* TEA, 1999, pp. 159, Lit. 10.000



W.A. Mozart fu strambo o malato?

Antonella Brunelli

U.O. di Pediatria e Neonatologia Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 24-25

Mozart era semplicemente uno sporcaccione o le sue stramberie nascevano da qualcosa di meno controllabile di uno strano carattere? Nascevano da patologia per esempio? E la sua morte fu proprio dovuta all'odio di Salieri, che ci è stato descritto come feroce, o ci fu in essa qualcosa di patologicamente più definibile?

Forse nessuno discute che Mozart sia stato un grande (forse il più grande) genio della musica. Ma mentre tutti, o quasi, conoscono almeno una parte della sua imponente produzione artistica, pochi conoscono a fondo la vera vita del grande personaggio. E nemmeno la morte, per la verità. Le bizzarre abitudini della vita e le circostanze misteriose della morte hanno alimentato una serie di ritratti pubblici che in realtà sono solo aneddotici e danno una immagine stereotipata del genio pazzo, irridente, burlone, che muore nel mistero di un fosco maleficio da egli stesso coronato con un superbo quanto incompiuto Requiem. La scarsità delle notizie, alcune delle quali addirittura mendaci o fuorvianti, fu dovuta probabilmente ad un'abile contraffazione del ricco materiale epistolare fra i coniugi alterato dalla moglie Constanze e dal suo nuovo marito Nissen. Ciò, probabilmente per rifare il maquillage post mortem di un matrimonio che era stato tutt'altro che idilliaco per motivi di affari legati alla vendita degli spartiti, primo fra tutti proprio l'estremo Requiem.

In effetti, quando la poesia diventa prosa perde molto dell'aura fascinosa ed intrigante sua tipica: e allora si scopre che le bizzarrie, l'irrequietezza, l'irresistibile compulsione al turpiloquio spesso rumoroso, i tic vocali, le esuberanti ossessioni sessuali, adultere e coniugali, gli eccessi e le dissolutezze altro non erano forse che un aspetto comportamentale sul terreno di un male ora non ignoto: la Sindrome di Gilles de la Tourette.

Trascriviamo le caratteristiche della sindrome date dall'Aicardi.

“Nel 1885 il neurologo francese Georges Gilles de la Tourette descrisse una sindrome caratterizzata da tic motori multipli e coprolalia e concluse che si trattava di un disturbo neuropsichiatrico a decorso cronico ed evoluzione variabile, ma spesso infausta. Oggi ci

sembra che Gilles de la Tourette abbia descritto solo una parte di un continuum di disordini ticcosi, comprendenti tic multipli motori e vocali. Si associano comportamenti compulsivi verbali, spesso con oscenità di tipo sessuale e coprolalia, a volte accompagnati anche da copropraxia (gesti osceni). I tic vocali possono essere caratterizzati da suoni inarticolati ripetuti (snort, gulp, sigh, fino a quack, gasp, cluck - molto paperopolesi, in verità! - *nda*) fino a vere e proprie parole, raramente a frasi strutturate. A volte una parola viene deformata in modo da riprodurre un significato fonetico o semantico osceno. Si associano comportamenti ed idee ossessivi, specie di morte, di igiene o di ordine sessuale”. Tutto, di questa descrizione, è evidente nelle lettere che Mozart scrisse a Constanze, dove saltano agli occhi i nonsense, le tiriterie, le storpiature e i giochi di parole inventate e ripetute, che insieme agli altri segni hanno suggerito ad alcuni psichiatri l'ipotesi che questa sindrome potesse essere il disturbo che colpiva Wolfgang. Come citato anche sul Paediatric Neurology di Brett, la sindrome ha un esordio prima dei 18 anni (generalmente fra i 5 e gli 8) e la definizione del DMS IV (1994) è rappresentata nella **tabella 1**. La patogenesi è tuttora incerta, anche se viene ritenuta probabile una disfunzione del sistema dopaminergico.

Curioso l'ausilio di una grande gomma da masticare per ridurre la compulsività e aumentare la difficoltà alla attività vocale (col permesso degli insegnanti, sottolineano gli anglosassoni). La malattia ha una prognosi favorevole ed un decorso spesso autolimitantesi, in assenza di altri segni neuropsichiatrici. E la misteriosa morte di Mozart? Anche questa si può leggere in termini più scientifici, o perlomeno più probabilistici e meno magici. È noto che Wolfgang per tutta la vita ha sofferto di una salute molto cagionevole,

Per corrispondenza:
Antonella Brunelli,
E-mail: brunelli@ausl-cesena.emr.it

Tab. 1. Criteri DMS IV per la diagnosi di Sindrome di Gilles de la Tourette

- A.** Tic motori multipli ed uno o più tic vocali devono essere presenti anche se non necessariamente concomitanti (un tic è un movimento motorio o vocale improvviso, rapido, ricorrente, non ritmico, stereotipato).
- B.** I tic ricorrono parecchie volte al giorno (normalmente ad accessi) quasi ogni giorno o in modo intermittente per un periodo maggiore di un anno, e durante questo periodo non si verificano intervalli liberi maggiori di tre mesi.
- C.** Il disturbo causa notevole malessere o marcato danneggiamento nell'area sociale, occupazionale, o in altre importanti aree funzionali.
- D.** L'esordio si verifica prima dei 18 anni.
- E.** Il disturbo non è dovuto ad effetto fisiologico diretto di sostanze (es. stimolanti) o a condizioni di malattia generale (es. malattia di Huntington o encefalite postvirale).

da alcuni imputata a malattia reumatica, da altri a disturbi multipli a carico di vari organi. Morì nella notte fra il 4 ed il 5 dicembre del 1791, dopo 15 giorni trascorsi a letto con febbre altissima, con gonfiore alle mani e ai piedi, in quasi totale immobilità; poi vomito improvviso e reiterato. Fu sepolto il giorno successivo, o forse il 7 dicembre; interrato senza alcun cerimoniale in una fossa comune tuttora sconosciuta. Non c'era la moglie ad accompagnare il feretro, forse solo la cognata Sophie, sorella minore di Constanze. Non ebbe alcun referto medico, né autopsia. La prima diagnosi medica della sua morte fu scritta trentadue anni dopo; il primo tentativo di diagnosi di malattia d'organo centotquattordici anni dopo. Le ipotesi che seguirono il decesso furono le più svariate e fantasiose. Non mancò il movente della gelosia, per la quale Wolfgang sarebbe

stato ucciso (forse avvelenato lentamente con mercurio o forse anche ferito a morte con un colpo al cranio) dall'amico Hofdemel che sospettava che la moglie Magdalena fosse incinta di un probabile figlio di Mozart. Il giorno successivo la morte del Maestro, Hofdemel, al colmo della vergogna per l'adulterio subito che gli avrebbe lasciato addirittura un erede, colpì a rasoiate Magdalena e si ucciderà. La moglie sopravvisse alle gravissime ferite inferte, ma non rivelò mai la paternità del bimbo (unico allievo di Beethoven, *n.b.*), che morì all'età di 12 anni.

Subito allontanato lo scandalo, scomodo alla corte e alla borghesia viennese, si cercò un altro avvelenatore, e la colpa cadde su Salieri, come sostiene l'ultimo film dedicato al problema. Ma occorre tenere conto che, all'epoca, il musicista italiano era in preda alla demenza senile, in disgrazia, bizzoso ed invisibile, facile bersaglio di una ingravescente avversione nei confronti degli italiani, per secoli dominatori del mondo musicale. Poco prima di morire Salieri di nuovo confermò la sua innocenza: *"Questa è la mia ultima malattia e perciò io le assicuro, in totale buona fede, che nulla v'è di vero in quella assurda diceria... Lo dica al mondo, caro Moscheles, come glielo ha detto il vecchio Salieri, che presto morirà"*. Ipotesi più recenti presero in considerazione l'avvelenamento da parte dei fratelli massoni, o addirittura una sorta di suicidio rituale indotto da questi, allo scopo di liberarsi di un confratello scomodo, sempre indebitato nonostante le enormi somme guadagnate. Una lettura abbastanza recente riporta la morte di Mozart a cause naturali. Una spinta a tale revisione l'ha data il riscontro, rilevato da alcuni studiosi, su un disegno che uno specialista anatomico aveva

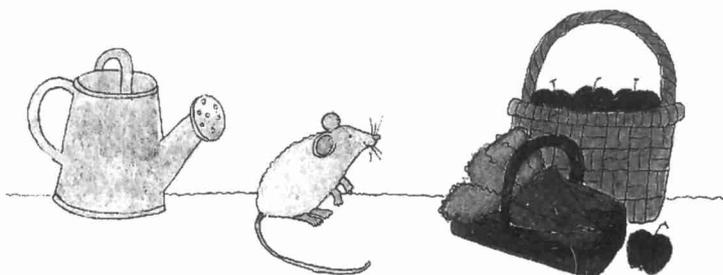
fatto dell'orecchio sinistro di Mozart. Tale disegno mostra una macroscopica malformazione del padiglione auricolare sinistro; del resto il musicista non permetteva di farsi ritrarre dal profilo sinistro che era sempre abilmente mascherato dalla parucca. Quello stesso disegno fu sbandierato (e commissionato) dalla moglie Constanze per dimostrare la paternità di Wolfgang nei confronti dell'ultimogenito nato pretermine Franz Xavier, attribuita dalle malelingue viennesi all'allievo Franz Xavier Sussmayer, assiduo accompagnatore di Constanze. Franz mostrava la stessa malformazione del padre. Nel 1981 il patologo americano Rappaport fu molto irritato da un articolo dell'*Harper's Magazine* del luglio 1981 *"sul successo di un lavoro bugiardo come Amadeus, e della necessità di fondare la nostra spiegazione della morte di Mozart su sicura base scientifica, sulla ricerca medica e non sopra screditate congetture"*. Rappaport, guidato dalle intuizioni di Aloys Greither, studioso di medicina e di cose mozartiane, rivolse la sua attenzione all'associazione fra malformazioni auricolari e dell'apparato genito-urinario, anche sulla base dei lavori di Potter e di Hilson degli anni '50. Giunse alla conclusione che Mozart morì in seguito ad insufficienza renale cronica che lo condusse ad uremia dal rapido e fatale sviluppo. Probabilmente la riunione pubblica del Concerto del 18 novembre 1791, a cui Mozart partecipò come direttore, lo espose alla infezione che costituì la causa finale di morte.

L'attribuzione, all'epoca della morte, all'epidemia di *febbre miliare* diffusa in Vienna (in epoca pre Koch) spiega in realtà la frettosità del funerale in funzione alla contenzione del contagio, per ordine delle autorità sanitarie viennesi.

Insufficienza renale quindi come causa della prematura morte, a soli trentacinque anni, del grandissimo musicista salisburghese. Così grande che dispiacque anche a Salieri. ■

Bibliografia

- P. Buscaroli La morte di Mozart Ed. Rizzoli, Milano 1996
 J. Aicardi Disease of the nervous system in childhood Second Edition; Mac Keith Press London 1998; 853
 E.M. Brett Paediatric neurology Third Edition; Churchill - Livingstone Ed. 1997; 277



La povertà in Italia

Paolo Siani

28° Divisione Pediatria A. O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 26-27

Sono state rese note le stime sulla povertà in Italia nel 1997. Le famiglie povere sono aumentate del 10,3% del 1996 all'11,2%, mentre il numero dei poveri aumenta al 12,2%. Assai più alto nelle regioni meridionali: tale indice raggiunge qui il 26%. Il 77% di tutte le persone povere abita al Sud. La povertà si concentra fra gli analfabeti e le famiglie numerose come risulta dalle tabelle.

La commissione di indagine sulla povertà e l'emarginazione ha reso noto, come è consuetudine dal 1994, le stime annuali sulla diffusione della povertà in Italia per il 1997. Nella nota introduttiva viene segnalato che con questo del 1997 termina la serie storica dei rapporti sulla povertà e che dal prossimo anno verrà avviata una nuova serie, profondamente revisionata sia nel materiale statistico che nei metodi di elaborazione dei dati.

Il motivo del cambiamento trae origine tra l'altro dalla necessità di avere metodi più appropriati per la misurazione della povertà e quindi calcolare in maniera diversa la linea della povertà.

Nel documento si fa riferimento a due indici:

1. l'indice d'incidenza della povertà che è la quota percentuale di famiglie o persone povere sul totale della popolazione;
2. l'indice di intensità (poverty gap), calcolato come scarto dei consumi delle famiglie dalla linea di povertà, espresso in percentuale del valore soglia di povertà. Nel 1997 la linea di povertà è stata fissata a 1.233.829 lire mensili per una famiglia di due componenti, con un aumento del 3,7% rispetto alla linea calcolata per il 1996.

Nel 1997 le famiglie povere, che hanno avuto cioè una spesa per consumi inferiore alla soglia di povertà, sono 2.245.000, con un'incidenza dell'11,2% (10,3% nel 1996). Il numero complessivo di persone povere è di 6.908.000 pari al 12,2% della popolazione italiana. L'aumento di quasi un punto percentuale è concentrato nelle regioni meridionali, dove l'incidenza di povertà ha raggiunto il 23,5% tra le famiglie e il 26% tra gli individui. Inoltre nel mezzogiorno risiede quasi il 77% degli individui in condizioni di povertà e si è aggravata la condizione di disagio, nel senso che è aumentata l'intensità

della povertà (poverty gap), una sorta di misura di "quanto poveri sono i poveri". Nelle regioni del nord e del centro invece l'incidenza è rimasta sostanzialmente stabile. Il rischio di povertà inoltre è rimasto più elevato tra le famiglie numerose e per quelle dove la persona di riferimento è in cerca di occupazione, non possiede alcun titolo di studio, o è anziana.

L'incidenza della povertà nelle famiglie con persona di riferimento analfabeta o senza titolo di studio è nel 1997 del 30,7% (nel 1996 è del 27,5%). All'incirca una famiglia su tre con a capo una persona in cerca di occupazione risulta povera. In totale sono circa 170.000 famiglie. Ma il numero di famiglie povere è aumentato anche tra i nuclei familiari in cui la persona di riferimento è un lavoratore dipendente (8,4% nel '96, 9,7% nel '97.)

Considerando infine le caratteristiche degli individui, sono i bambini e gli anziani quelli a maggior rischio di esclusione. Tra i bambini l'incidenza è nel 1997 del 15%.

Ma in questo rapporto la Commissione ha voluto affiancare ai soliti indicatori di povertà, fin ad ora utilizzati, ulteriori indicatori basati su di una misura assoluta. Ciò implica la definizione di un paniere di beni e servizi essenziali. Il valore monetario costituisce per un anno la soglia di povertà di riferimento e viene regolarmente aggiornato tenendo conto delle variazioni dei prezzi dei beni. Il paniere rappresenta l'insieme dei beni e servizi considerati essenziali per una famiglia ed è costituito da una componente alimentare, una componente abitativa e una relativa alle quote di ammortamento per i principali beni durevoli (TV color, frigo e lavatrice) e infine viene calcolata la quota residuale che comprende le spese per vestia-

rio, per la cura della persona, per attività ricreative, per trasporti. Le spese per la salute e per l'istruzione non sono state incluse, nel paniere assumendo l'ipotesi che per le famiglie indigenti tali spese sono a completo carico del governo. In questo modo viene calcolata la povertà assoluta che in genere ha valori più bassi rispetto a quella relativa. Nel 1997 per una famiglia di due componenti ad una soglia di povertà di 1.233.829 lire mensili corrisponde una soglia di povertà assoluta pari a 994.273 lire. Per cui nel 1997 le famiglie al di sotto della linea di povertà assoluta sono 1.504.000 (con un'incidenza del 7,5%) e gli individui 5.007.000 (incidenza 8,9%). Nel mezzogiorno si concentra il numero più alto di famiglie povere (1.163.000 - incidenza 17,5%), che è aumentato di 1,4% nell'ultimo anno, mentre al centro la percentuale è costante sul 3,7% e al nord si è osservata una lieve diminuzione (2,8% nel '95; 2,1% nel '97). Ad un'analisi più approfondita per il '97 l'incidenza risulta più elevata per le famiglie numerose (22%) e per quelle monoparentali (8,1%). In sostanza un rapporto allarmante, specie per le regioni meridionali, che impone scelte economiche serie ad un governo di sinistra che non può pensare di affrontare tali problematiche con la legge quadro sull'assistenza sociale o con l'assegno del minimo vitale. Sono questi piccoli palliativi che possono funzionare se inseriti in un più complesso quadro di interventi a favore delle popolazioni in stato di grave disagio sociale. ■

Tab. 1. Totale famiglie povere ed incidenza di povertà per ripartizione geografica (anni 95-96-97). Valori assoluti in migliaia e percentuale delle famiglie povere sul totale delle famiglie

	1995	1996	1997
Nord			
Famiglie povere	268.137	235.455	195.953
Incidenza	2.8	2.5	2.1
Centro			
Famiglie povere	163.776	143.731	145.560
Incidenza	4.2	3.7	3.7
Sud			
Famiglie povere	1.109.018	1.067.603	1.162.590
Incidenza	16.7	16.1	17.5
Italia			
Famiglie povere	1.550.931	1.446.789	1.504.103
Incidenza	7.7	7.2	7.5

Tab. 2. Incidenza di povertà assoluta e relativa per ampiezza della famiglia

Componenti	Incidenza di povertà assoluta		Incidenza di povertà relativa	
	1996	1997	1996	1997
1	6.6	8.1	9.0	11.6
2	5.0	4.3	9.8	9.2
3	4.2	4.8	7.4	9.0
4	6.7	5.6	9.6	8.4
5 o più	20.1	22.1	21.1	24.1
totale	7.2	7.5	10.3	11.2

Tab. 3. Incidenza della povertà per alcune tipologie familiari (1997)

coppia con 1 figlio	4,5%
coppia con 2 figli	5,5%
coppia con 3 figli	23,9%
monogenitore	6,3%
famiglie con almeno un figlio minore	10,1%





Dieci passi per una buona perinatologia

Gherardo Rapisardi

U.O. di Neonatologia e T.I.N. A.O. Meyer di Firenze

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 28-32

Dopo i dieci passi in Pediatria di famiglia e in Pediatria ospedaliera (pubblicati sui numeri 2/1999 e 3/1999 di Quaderni acp) pubblichiamo i dieci passi per una buona Perinatologia.

Le prime esperienze di vita, sia prenatali che post-natali precoci, sono momenti determinanti su cui indirizzare i nostri sforzi per promuovere la salute nell'uomo. Oggi sappiamo che ciò è vero non solo per ridurre la mortalità perinatale, causa principale di mortalità infantile nei paesi industrializzati, e la morbilità neurologica maggiore, ma anche in relazione a patologie dell'adulto la cui manifestazione è favorita da esperienze pre e perinatali sfavorevoli (vedi le correlazioni tra alterata crescita fetale e patologia cardiovascolare, respiratoria cronica, della coagulazione, dismetabolica ecc.) (1-5). Quelli che seguono sono dieci passi che si ritengono fondamentali per orientare l'organizzazione e la promozione di salute in età perinatale. Possiamo suddividerli in:

- a) un primo passo, che è più un prerequisito ed anche se esula "dall'età perinatale" in senso stretto ha tali rilevanti implicazioni preventive che non può essere ignorato;
- b) tre passi che riguardano l'organizzazione dell'assistenza, l'informazione alla donna e la formazione degli operatori;
- c) sei passi più specifici sulle modalità assistenziali.

1. Favorire la procreazione consapevole

La contraccezione e la pianificazione familiare hanno un ruolo significativo nella riduzione della abortività volontaria (IVG). La procreazione consapevole in senso lato può avere un ruolo significativo anche nella riduzione di alcune cause di esito sfavorevole delle gravidanze come la maternità in età adolescenziale (in Italia non stiamo male poiché siamo al 10% dei casi contro il 25-55% dei paesi anglosassoni con notevoli differenze in base al livello socio-economico), la gravidanza non desiderata, le infezioni,

l'uso di sostanze tossiche (fumo, droghe...). Vanno perciò garantite la prevenzione e l'educazione sanitaria, mediante interventi sulla collettività, prioritariamente attraverso le istituzioni scolastiche, e nell'approccio alla singola donna.

2. Promuovere l'organizzazione e la programmazione dell'assistenza perinatale

Sono necessarie *linee guida* nazionali che consentano di omogeneizzare la programmazione e l'organizzazione assistenziale (a livello: nazionale/regionale/dipartimentale), superando l'organizzazione spesso disomogenea, "improvvisata" che ha fatto sì che in Italia siano sorti, ad esempio, innumerevoli punti nascita senza una programmazione razionale e senza alcuna valutazione né di efficacia né di efficienza. In Italia ci sono linee guida recentemente emanate da una Commissione Nazionale, per favorire l'elaborazione dei piani sanitari (6), ma la loro applicazione ed il controllo sono di difficile realizzazione. Due gli aspetti da sottolineare, poiché, pur con evidenze scientifiche a loro favore, spesso vengono ignorati nell'organizzazione e programmazione dell'assistenza perinatale:

- a) più che centralizzare le nascite, su cui esistono pareri discordi anche a livello internazionale, è essenziale *centralizzare le gravidanze a rischio e garantire il trasporto tempestivo* del neonato in centri di III livello. L'esperienza del Trentino Alto Adige, descritta più volte da Pedrotti (7), è estremamente convincente e costituisce un esempio da seguire. Là ci sono quattro piccole maternità di vallata distanti 30-60 Km da Trento, in ciascuna delle quali avvengono meno di 300 parti l'anno e dove nascono il 20% dei bambini trentini, in cui i neonatologi posso-

Per corrispondenza:
Gherardo Rapisardi
E-mail: gherapi@dada.it

no intervenire entro 30' con culla da trasporto. Essi assicurano periodici aggiornamenti sulla rianimazione neonatale (ad ostetriche e puericultrici) ed attività di audit perinatale. Vi è una sorveglianza epidemiologica che dimostra che ciò non comporta alcun rischio di aumento di esiti sfavorevoli della gravidanza.

b) Il *comportamento degli operatori* verso il parto e la nascita è molto più influente sull'outcome perinatale che non il luogo e l'ambiente del parto (8). Anche il tanto temuto parto a domicilio è sufficientemente sicuro in realtà che dispongono di una valida organizzazione ed integrazione tra gli operatori professionali addetti a gravidanza, parto e puerperio (9-10).

Oltre alle linee guida dell'assistenza devono essere garantiti i *processi di valutazione della qualità dell'assistenza*, comprendenti:

a) criteri di riferimento (requisiti di accreditamento) (11);

b) strumenti di controllo (sistema informativo e indicatori).

Per quanto riguarda gli strumenti di controllo è necessario avere un valido *sistema informativo* che rilevi indicatori di salute materna e neonatale, che consentano di avere una *epidemiologia regionalizzata* e quindi una valutazione continua della qualità dell'assistenza ostetrica e neonatale. Tra gli indicatori, oltre a quelli che valutano gli esiti sfavorevoli (mortalità e morbilità maggiore), credo che un buon indice di salute potrebbe essere la prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno a 1, 3 e 6 mesi.

3. Garantire un'adeguata e tempestiva informazione sulla salute riproduttiva della donna e sui servizi disponibili

Alla donna (e alla famiglia) vanno fornite informazioni scritte, con linguaggio semplice, sui servizi disponibili, riguardanti la pianificazione familiare, l'assistenza prenatale, il parto ed il puerperio, *creando le condizioni per un loro utilizzo consapevole*. In particolare sono da fornire informazioni chiare su:

- protocolli e modalità assistenziali attuati nei vari punti nascita (conoscenza della carta dei servizi), sia per il parto che per il post-partum ed il puerperio (esistenza o meno di assistenza domiciliare integrata con gli operatori del territorio),

- conoscenza dei propri diritti alla salute,
- vantaggi del sostegno emotivo, relazionale e professionale ("social support") durante il travaglio, parto, postpartum e puerperio,

- vantaggi dello stare con il neonato nel post-partum (rooming-in), per l'attaccamento e l'allattamento al seno,

- vantaggi dell'allattamento al seno esclusivo e prolungato,

- modalità di accudimento del neonato e comprensione del suo comportamento (sonno/veglia, pianto/consolabilità, sguardo, ascolto, mimica globale dell'attenzione).

Ciò è possibile mediante la *Carta dei Servizi* o *depliant illustrativi*, in tempi utili per ottenere gli adeguati contatti con i servizi, e tramite i *corsi di preparazione alla nascita*. Una inadeguata informazione pre e perinatale in tal senso è correlata a peggiore outcome della gravidanza.

4. Promuovere la formazione, la collaborazione, l'integrazione dei vari operatori professionali

Scrive Pedrotti: "Molte, troppe cause di mortalità e di disabilità sono purtroppo da riferire alla mancanza di organizzazione e di comunicazione, piuttosto che alla mancanza di attrezzature e di capacità tecniche"(12).

Quattro gli aspetti principali che riguardano gli operatori: *formazione/professionalità/comunicazione/organizzazione*. In tal senso sono auspicabili:

- la formazione di *équipe integrate ospedale-territorio*, formate da ostetrica, ginecologo e pediatra (previste ad es. dal nuovo piano sanitario regionale toscano),

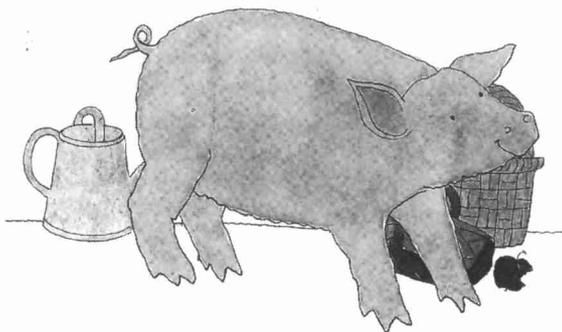
- la formulazione e l'applicazione di *linee guida* scritte, aggiornate ed aggiornabili, di formalizzazione dell'assistenza (strumento per orientare l'assistenza),

- la cura dell'*aggiornamento* e della *formazione permanente* di tutto il personale, compresa l'educazione e l'incentivazione a svolgere ricerca, a documentare il proprio operato ed i suoi effetti affinché tale conoscenza divenga patrimonio comune. La creazione di *équipe* può essere rafforzata attraverso *riunioni multiprofessionali* periodiche per valutare i risultati complessivi e la discussione di eventi critici (priorità per i casi di morte o "near miss", materna e perinatale) (13).

Due parole cardine per priorità e rilevanza nell'assistenza perinatale sono *continuità e personalizzazione*. Si sa che la *continuità dell'assistenza* in gravidanza e poi in parto e puerperio da parte di uno stesso gruppo di operatori, rispetto all'assistenza erogata da diversi operatori, comporta maggiori vantaggi in termini di salute sia della madre che del bambino (14-15),

- nella madre: una maggiore probabilità di frequentare corsi prepartum, un minor rischio di ospedalizzazione in gravidanza, una minore probabilità di aver bisogno di analgesia intrapartum e di episiotomie, una maggiore soddisfazione per l'assistenza prenatale, intrapartum e post-natale,
- nel neonato: una minore probabilità di aver bisogno di rianimazione.

Per il suo ruolo professionale che prevede l'assistenza a madre e bambino sia in gravidanza che nel parto e nel puerperio, *l'ostetrica* è certamente l'operatrice privile-



giata per costituire il riferimento assistenziale e relazionale di continuità durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, in condizioni di fisiologia. Pertanto è da guardare con favore e da promuovere il fatto che negli ultimi anni un gran numero di ostetriche in Italia stiano formandosi per adeguarsi alla professionalità delle loro colleghe di altri paesi europei e riappropriarsi del loro ruolo centrale nell'assistenza in perinatologia. E veniamo ora ai passi che riguardano più specificamente l'assistenza.

5. Garantire una assistenza tecnicamente adeguata e tempestiva

Vi è ormai una consistente documentazione scientifica che consente di classificare le pratiche adottate in perinatologia, secondo i criteri della Evidence Based Medicine (EBM), in quattro livelli:

- a) pratiche dimostrate utili e che dovrebbero essere incoraggiate,
- b) pratiche chiaramente dannose o inefficaci e che dovrebbero essere abbandonate,
- c) pratiche per cui esiste un'insufficiente evidenza per sostenerne la raccomandazione sicura e da usare con cautela finché la ricerca futura non chiarirà questo aspetto,
- d) pratiche frequentemente usate in modo inappropriato.

Riguardo all'assistenza in età perinatale esistono evidenze ben codificate in tal senso a cui fare riferimento (16-21).

Oltre ad evitare le pratiche non sostenibili sulla base delle evidenze scientifiche (come ad es. la rasatura di routine del perineo, l'uso indiscriminato del monitoraggio fetale elettronico, l'episiotomia di routine, l'aspirazione gastrica del neonato di routine, la separazione madre e neonato di routine, gli "orari" per le poppate ed i supplementi di routine ecc.), bisogna guardare con preoccupazione verso l'ingiustificabile aumento dei tagli cesarei, ormai giunti oltre il 20% a livello nazionale. Ciò può essere evitato se vengono adottate procedure assistenziali che promuovono la fisiologia dell'evento (vedi ad esempio la ben documentata esperienza dell'Ospedale S. Gerardo di Monza) (22). Infine, oltre alla formulazione e l'adozione di linee guida (e protocolli) che favoriscano l'omogeneizzazione dell'assistenza, essenziale è la conoscenza pratica delle *tecniche di rianimazione neonatale*

da parte di tutti gli operatori che assistono la nascita. Questa è una priorità assoluta; così come tutti gli operatori professionali devono essere educati nella rianimazione primaria di base (BLS), analogamente gli operatori che possono assistere ad una nascita devono essere in grado di garantire un'eventuale rianimazione neonatale (e materna) di I livello. La Società Italiana di Neonatologia (SIN) organizza da alcuni anni corsi di questo tipo.

6. Promuovere la fisiologia della gravidanza, parto e puerperio

Promuovere la fisiologia vuol dire molto di più che riconoscere e prevenire, o evitare, i fattori di rischio. È un approccio basato sulla valutazione e la promozione della normalità, è l'approccio della medicina della salute che di fronte ad un evento fisiologico si propone di facilitare l'emergenza del potenziare la normalità. In particolare vanno promosse:

- l'emergenza della naturale competenza materna a generare, partorire, accudire e allattare il neonato, e dell'autostima materna,
- il bonding prenatale,
- la protezione da eccessiva medicalizzazione,
- il parto fisiologico,
- la riduzione dei tagli cesarei e parti non fisiologici (analgesia peridurale, induzioni, posture obbligate),
- l'accoglienza e l'attaccamento al neonato,
- il rooming-in,
- l'allattamento al seno.

Tra essi è da sottolineare il primo: oggi giorno sempre di più le madri perdono la fiducia nelle loro capacità di accudire i neonati (e le pratiche ospedaliere hanno un'indubbia influenza su ciò) con il conseguente aumento della loro dipendenza dagli "esperti". Il cercare di far emergere l'autostima, assieme alla naturale competenza materna, è diventato perciò un obiettivo prioritario per tutti gli operatori che vogliono promuovere la fisiologia in età perinatale.

7. Garantire un sostegno emotivo, relazionale, professionale ("social support")

Sembra giusto riservare un passo a sé al "social support", data la notevole mole di lavori e di evidenze che si sono raccolte

negli ultimi anni a dimostrazione della sua utilità nella promozione di salute.

Il *sostegno emotivo, relazionale e professionale* è composto da tre aspetti:

- dare consigli/informazioni ("counseling"),
- fornire forme tangibili di assistenza,
- dare un supporto emotivo (presenza, ascolto, rassicurazione, conferma).

Sono stati dimostrati notevoli effetti positivi (23), sia durante il parto (minor rischio di uso di analgesici in travaglio, di parto vaginale operativo, di taglio cesareo, di indice di Apgar <7 a 5 min; lieve riduzione della lunghezza del travaglio, maggiore soddisfazione delle donne rispetto all'esperienza del parto), che sulla *depressione postpartum* (24) (sembra essere alleviata). Pertanto, come afferma la Hodnett: "vanno fatti tutti gli sforzi possibili per assicurare che tutte le donne in travaglio possano ricevere tale sostegno, non solo da persone care ma anche da operatori formati a ciò. Tale sostegno dovrebbe comprendere una presenza continua, l'offerta di un conforto hands-on ed incoraggiamento". Sono anche stati studiati gli effetti di *programmi di sostegno domiciliare post-partum per donne a rischio sociale* (povertà, giovane età, single, quartieri a rischio sociale) (25): tale tipo di intervento non comporta rischi e può avere importanti benefici per madri socialmente svantaggiate ed i loro bambini. Programmi di intervento che si basano *sulle competenze di madri esperte che vivono nella comunità* sembrano essere meno costose e più rispettose e sensibili verso il contesto culturale rispetto a programmi condotti da operatori sanitari.

8. Offrire la possibilità di una dimissione ospedaliera concordata e protetta, seguita da sostegno ed assistenza domiciliari

Questo è un aspetto molto dibattuto negli ultimi anni, quando si è fatta sentire sempre più pressante esigenza di rivedere le pratiche di dimissione. Tutto ciò, quando mosso da motivazioni prevalentemente economiche, può tradursi in dimissioni affrettate, imposte dall'ospedale, senza la garanzia di una prosecuzione dell'assistenza a domicilio, e comportare alcuni effetti non desiderati (aumento di riammissioni per patologie neonatali, maggiori

difficoltà nell'allattamento al seno e nelle relazioni precoci).

Quando invece esiste un'assistenza al puerperio con visite domiciliari (26-27) la durata dell'ospedalizzazione non risulta un fattore che influenza significativamente i vari outcome misurati (morbilità materna e neonatale, necessità di riospedalizzazione materna/neonato, da ittero, disidratazione, sepsi..., allattamento materno, depressione post-partum).

Questi outcome sono, invece, influenzati:

- *positivamente* da: salute, sicurezza ed autostima materna, educazione prenatale, possibilità della madre di essere supportata e condividere con altri l'esperienza del parto,

- *negativamente* da: basso livello socio-economico, fattori di rischio psico-sociali e medici, inadeguatezza dell'assistenza e dell'informazione prenatale e perinatale, mancanza di assistenza al puerperio (di sostegno emotivo, relazionale e professionale postpartum).

Una recente lavoro svedese (28) analizza le modificazioni delle richieste di dimissione precoce tra l'84 ed il '95 in una area geografica dove vi era un'offerta di dimissione precoce con supporto domiciliare (visita quotidiana dell'ostetrica, e a 5-7 giorni del pediatra): c'è stato un aumento di tale richiesta dal 20% al 66% (79% dei parti normali), senza effetti negativi sull'outcome perinatale e accanto ad una riduzione, per motivi economici, del 50% del numero di ostetriche e di infermiere. In sintesi alla madre deve essere garantita la possibilità di scegliere quando poter andare a casa, d'accordo

con il curante e dopo essere stata tempestivamente ed adeguatamente informata, con l'offerta attiva del supporto delle cure extraospedaliere necessarie durante i giorni successivi alla dimissione.

E veniamo ora ai due passi sulle situazioni patologiche, che non sono certo gli ultimi in nessun senso, anzi costituiscono i campi che più hanno contribuito al miglioramento della salute perinatale negli ultimi trent'anni.

9. Identificare e trattare tempestivamente le situazioni a rischio (fisico, psichico e sociale)

Questi gli obiettivi principali:

- riduzione parti pretermine/basso peso,
- riduzione delle loro conseguenze a breve e lungo termine,
- riduzione sofferenza feto-neonatale perinatale.

Il parto pretermine e la nascita di basso peso, accanto alle malformazioni congenite, costituiscono le principali cause di condizione di rischio perinatale. Per la loro epidemiologia si veda il recente articolo della Bortolus (29), sottolineando come il fattore che più significativamente può ridurli sia il miglioramento delle condizioni socio-economiche (in Italia nel 1980-1983 la prevalenza era del circa 9,2%, di cui il 5,4% al Nord e l'11,4% al Sud). Si richiama invece l'attenzione sulle *fecondazioni assistite*, un campo dell'assistenza ostetrica che richiede urgentemente una precisa regolamentazione ed un suo continuo aggiornamento e controllo, dato il sensibile aumento delle gravidanze multiple che esso comporta, del 20-25%,

con aumento di morbilità e mortalità perinatale ad esse connesse. Due gli aspetti fondamentali dell'assistenza perinatale che comportano una netta riduzione delle complicanze del parto pretermine (RDS, danno neurologico emorragico ed ipossico-ischemico, retinopatia del pretermine, displasia broncopolmonare): *il trasporto in utero e l'uso di steroidi prenatali* (ciclo completo). Pertanto esse vanno considerate come priorità assistenziali assolute.

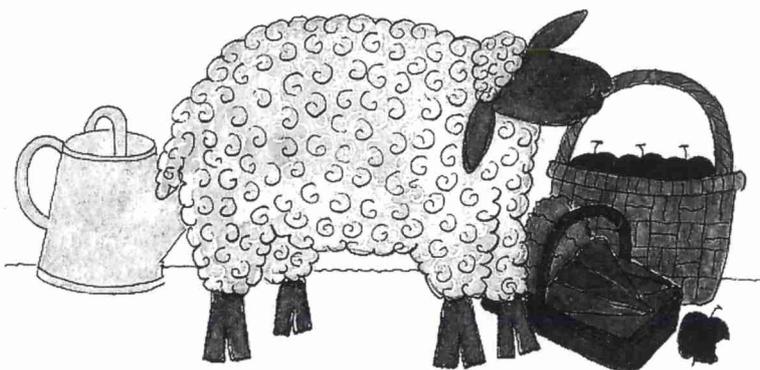
Un'altra pratica per cui vi sono evidenze che comprovano una sua utilità è quella della valutazione del benessere fetale mediante *flussimetria Doppler* in gravidanze ad alto rischio (30), con una riduzione della mortalità perinatale del 29% (95% CI 0.50-1.00) e della possibilità di ricovero ospedaliero in gravidanza, di induzione del parto e di parto di elezione (non ci sono invece effetti su RDS e tagli cesarei in travaglio).

10. Garantire un'adeguata assistenza al neonato a rischio

Si elenca qui tutta una serie di aspetti ritenuti prioritari nell'assistenza neonatologica, che necessiterebbero di ben più lunga trattazione, ripresi in gran parte dal lavoro di Pedrotti, a cui si rimanda (12).

Vanno promossi:

- il Trasporto Protetto Neonatale (TPN) (24 ore su 24),
- l'assistenza al neonato a rischio all'interno di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) centralizzate, mediante tecnologie appropriate,
- il controllo delle infezioni nosocomiali (decessi per sepsi <5% nei VLBWI),
- l'allattamento al seno (o comunque latte della propria madre),
- l'assistenza col metodo canguro,
- la riduzione dell'invasività (*Minimal Care*),
- l'assistenza personalizza allo sviluppo del neonato, centrata sulla famiglia (*Individualized, family centered, developmental care*),
- la formazione di gruppi genitori,
- la riduzione dell'ospedalizzazione (anticipo della dimissione per i nati di peso molto basso, a circa 2.000 grammi); back transport in periferia; "home care", con responsabilizzazione dei genitori ed integrazione con i servizi del territorio),

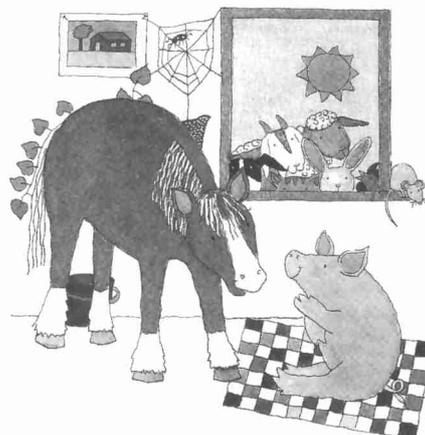


- follow-up serio, in collaborazione con il territorio per eseguire valutazioni di area territoriale per mortalità ed handicap, con una epidemiologia regionalizzata, curata in collaborazione fra centro di TIN e medicina/pediatria di comunità,
- l'associazionismo di consumatori, per un costruttivo rapporto con i genitori e l'opinione pubblica, che favorisca la cultura attorno all'evento nascita e partecipi all'iniziativa del centro. ■

Bibliografia

1. Barker DJP, Gluckman PD et al. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet* 1993;341:938
2. Barker DLP, Godfrey KM et al. Relation of birthweight and childhood respiratory infection to adult lung function and death from chronic obstructive airways disease *Br Med J* 1992;303:671
3. Barker DLP, Meade TW et al. Relation of fetal and infant growth to plasma fibrinogen and factor VII concentrations in adult life *Br Med J* 1992;304:148
4. Law CM, Swiet M et al. Initiation of hypertension in utero and its amplification throughout life *Br Med J* 1993;307:1451
5. Ravelli GP, Stein ZA, Susser MW (1976) Obesity in young man after famine exposure in utero and early in infancy *N Eng J Med*, 295:349
6. "Linee Guida per la realizzazione di piani sanitari sull'Assistenza Perinatale Ospedaliera". Commissione Nazionale Assistenza Gravidanza, Parto e Neonato. *SIN informa suppl. spec.* 3/4/1996
7. Pedrotti D. Per i punti nascita molto piccoli ci sono soluzioni più povere e più efficienti. *Boll SIMP* 1996;5:32
8. Hodnett ED. Home like versus conventional birth settings. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software*
9. "Homebirth: safe in selected women, and with adequate infrastructure and support". *BMJ* 1996; 313:1276
10. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software*.
11. Gardini A. Qualità, Accredimento, Certificazione. *SIN Informa* 1997;4:6
12. Pedrotti D L'ottimizzazione delle cure neonatali. *M e B* 1998;1:51
13. Otto Passi per la Maternità. IRCCS "Burlo Garofalo", Trieste - Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale (resp. Dr. G. Tamburlini). Progetto RC 1994, sottoprogetto "indicatori di qualità nei punti nascita" (coordinato dalla dott.ssa A. Bacci)
14. Hodnett ED. Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software*
15. Turnbull et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *The Lancet* 1996;348:213
16. The Cochrane Library, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software

17. WHO Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva, 1996
18. Enkin M, Kierse JNC, Renfrew MJ, Neilson JP. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth Oxford: Oxford University Press, 1995
19. Guidelines for Perinatal Care, IV Ed. ACOG and AAP, 1997
20. WHO recommendations for appropriate technology for birth (Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985)
21. WHO recommendations for appropriate technology following birth (Trieste 7-11 October 1986)
22. AA VV. Attività di sala parto e Assistenza neonatale. Rapporto Annuale 1996 e linee guida di assistenza Ospedale San Gerardo Monza. 1997.
23. Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software*.
24. Ray KL, Hodnett ED. Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software*.
25. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software*.
26. Facilitating discharge home following a normal term birth. A joint statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian Pediatric Society. In *Pediatric & Child Health* 1996; 1(2):165
27. Suggested Guidelines for Early Discharge of Term, healthy newborns at less than 24 hours of age. Draft Statement (18-7-95, revised 6-3-98): Washington chapter of the American Academy of Pediatrics, Fetus & Newborn committee.
28. Odelram et al. Early discharge after delivery, a safe and cost effective form of care. *Lakartidningen* 1998;95:3190
29. Bortolus R et al. Epidemiologia del parto pretermine. *M e B* 1998;6:385
30. Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound in high risk pregnancies. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 1998. Oxford: Update Software*.



Comunicato ai soci ACP

L'Assemblea Nazionale ACP, al Congresso di Taormina, ha deliberato che nel 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'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto a ricevere gratuitamente la rivista "Quaderni acp".

4) 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 di C.C.P. che si è soci ACP (l'ufficio abbonamenti è in possesso dell'elenco aggiornato).

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

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



Una guida alle città sostenibili dei bambini e delle bambine

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 33-34

La "guida alle città sostenibili dei bambini e delle bambine" pubblica le iniziative che nelle città italiane sono state pensate per rendere i centri urbani meno "ostili" ai bambini. Ne facciamo un elenco come stimolo ai gruppi ACP per operare in tale campo.

Il Ministero dell'ambiente ha pubblicato un volume: "La guida alle città sostenibili dei bambini e delle bambine" nel quale, fra l'altro, sono contenute e riassunte le iniziative che in un discreto numero di città sono state avviate per rendere i centri urbani meno ostili ai bambini. Diamo qui un breve riassunto di queste iniziative desunte dal volume del Ministero.

Ad **Ercolano** (Napoli) nel 1996 è partito un "Piano percorsi sicuri" intorno alle scuole ed ai parchi. Sono stati adottati interventi minimi e poco costosi. È stato distribuito a 1.500 alunni delle elementari un questionario per analizzare le modalità di raggiungimento della scuola (la grandissima maggioranza in auto). Dallo studio dei questionari sono stati progettati alcuni percorsi sicuri dedicati esclusivamente ai bambini-pedoni. Si è rivista la cartellonistica e la segnaletica orizzontale e verticale e se ne è studiata una apposta per i bambini. Si sono delimitate aree ambientali attorno alle scuole con forti limiti di velocità: fino a 10 km orari. Sono stati studiati sistemi "rompivelocità".

A **Ferrara** è stato elaborato il progetto "La città bambina" che è partito da una circoscrizione ad alta densità abitativa (Via Bologna e successivamente Circoscrizione Nord). Si è partiti dalla consultazione dei bambini abitanti della circoscrizione, e poi anche degli adulti, per giungere alla realizzazione di nuove aree verdi; queste sono state progettate insieme alle scuole dei due quartieri (Urbanistica partecipata).

A **Modena** il progetto "La città dei bambini e delle bambine" mira a modificare i percorsi del traffico privato allontanandoli dalle scuole e rendendo fruibili altre modalità di trasporto e soprattutto rendendo più autonomi i bambini: segnaletica stradale grafica-

mente comprensibile per sede, dimensioni e forma, realizzazione di percorsi riservati ed esclusivi per i bambini in alcuni quartieri della città, realizzazione di aree verdi esclusivamente riservate ai bambini. Sempre a Modena è stato realizzato un laboratorio per la conoscenza dell'arte contemporanea e la produzione artistica dei bambini.

A **Napoli** l'Azienda Trasporti, nel 1996, ha cercato di limitare l'uso dell'auto privata coinvolgendo i bambini in iniziative sul trasporto pubblico "proprio ed amico", attivando le "linee rosse" che sono molto frequenti, collocate in corsie riservate. Le linee rosse, sono state adottate da un Istituto Tecnico che ha preparato, stampato e distribuito opuscoli promozionali preparati dai ragazzi. Nel 1997 è partito il progetto "Neonapolibus" rivolto ai bambini ed ai ragazzi di tutte le scuole: 27 scuole elementari, 34 scuole medie ed in più centri civici e sportivi.

A **Padova** molte le iniziative dedicate ai bambini: citiamo il progetto "La città in tasca" nel quale i bambini, guidati dagli studenti del Dipartimento di Scienza dell'educazione, hanno studiato il territorio della loro città con occhio molto critico e severo ed hanno suggerito accorgimenti da adottare per migliorare i luoghi che loro vorrebbero percorrere o frequentare. È stato fra l'altro realizzato un percorso ciclabile interno alla città, di 14 km, in sede separata e non affiancato a quello automobilistico, che consente di raggiungere scuole ed impianti sportivi.

A **Pistoia** il Piano generale del traffico prevede una segnaletica progettata dal grafico Andrea Rauch di facile riconoscimento per i bambini. Sempre a Pistoia molti negozianti del centro hanno esposto nelle vetrine un cartello con l'immagine dell'orsetto: ciò significa che quel negoziante è disposto ad

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

ascoltare e sostenere piccole necessità dei bambini (telefonare, aiutare, fornire piccoli temporanei prestiti ecc.). Inoltre il Piano percorsi ripete l'esperienza di Ercolano.

A **Torino** ed a **San Giorgio a Cremano** (Napoli) il progetto ambiente prevede la trasformazione degli spazi esterni alle scuole in strutture scelte e progettate dai bambini: ad esempio serre, orti, vivai, stagni, allevamento di animali, giardini "rocciosi" ecc.

A **Foligno** i laboratori di progettazione partecipata comprendono gli Istituti per geometri ed i bambini delle scuole medie ed elementari; hanno rivolto la loro attenzione ai parchi cittadini ed ai percorsi utilizzati dai bambini e ragazzi.

Ad **Empoli** la partecipazione dei bambini al Documento programmatico preliminare ha portato alla correzione di dettagli progettuali inerenti i percorsi di connessione, l'arredo urbano, la riduzione delle cubature ed altro.

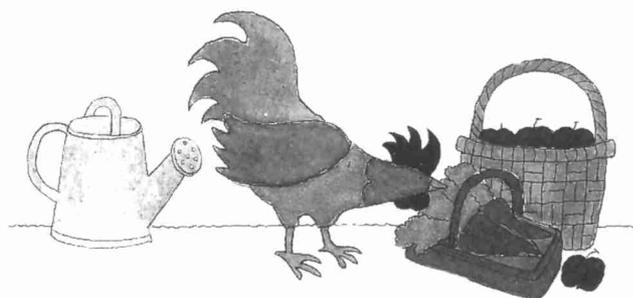
A **Piovasco** (Torino) il Consiglio Comunale (20 componenti) eletto dai ragazzi (elementare, 2° ciclo e medie) ha a disposizione finanziamenti per progetti elaborati da gruppi di ragazzi con limite di spesa (ciascuno di 5 milioni), che riescono ad aumentare per la fantasia dei ragazzi a ricercare sponsor. Il Consiglio dei ragazzi vota i progetti e questi vengono eseguiti con la supervisione (ma anche, in parte, con la mano d'opera) dei ragazzi. Questi sembrano essere assai esigenti con gli uffici comunali. Pare che con 5 milioni si riescano a fare cose inimmaginabili come la pulizia di un fiume, la riapertura di cortili ecc.

A questo proposito è bene dire che i Consigli comunali dei ragazzi stanno nascendo un po' dovunque e vengono eletti nelle

scuole, in genere dalla terza elementare in su, ma il giudizio sulla loro efficacia è ancora, mi pare, controverso. L'esperienza di Consiglio di Piovasco, sopra citata, un poco diversa dalle solite perché conferisce ai ragazzi un potere decisionale, consente di organizzarsi attorno ad un progetto, oltre che ad abituare i ragazzi a trovarsi, a imparare a discutere ecc.

A **Fano**, che ha la più tipica esperienza in merito, il programma Infea, finanziato dal Ministero dell'ambiente ("La città dei bambini"), utilizza il Consiglio dei bambini che si affianca al Consiglio comunale per "modificare la città senza aggiungere strutture per i bambini" cambiando quelle esistenti. Il primo progetto che a Fano è stato messo a cantiere è quello del percorso per mandare i bambini a scuola (nel 1991 la Commissione delle Comunità Europee ha pubblicato una ricerca per una città senza auto) che si è rivelato non facile, né rapido. Per supportare il progetto al Laboratorio di psicologia del CNR di Roma si è costituito un gruppo di lavoro chiamato appunto "la città dei bambini". I progetti delle "città possibili" hanno avuto grande diffusione all'estero (Germania, Olanda e meno in Italia) con modifiche radicali dei percorsi urbani, con la precisa percezione che non bastano i marciapiedi o le isole pedonali, ma è necessaria una organizzazione della mobilità sul "parametro pedone". Si tratta, come si vede, di temi di grande interesse. Margaret Mead sostiene che "nel costruire un quartiere che soddisfi i bisogni umani bisogna cominciare con i bisogni dell'infanzia. Questi ci danno la base sulla quale costruire il contatto con gli altri esseri umani".

Non sono sicuro che di questo ci si ricordi in Italia. ■



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 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.



Rapporti tra medici ed informatori farmaceutici

Il documento ACP sui rapporti tra medici ed industria farmaceutica si basa ancora su di un equivoco di fondo: che l'industria abbia interesse a fare vera "informazione" e non piuttosto "propaganda". Ormai assistiamo a un vero assalto ai nostri studi da parte di martellanti informatori, che ritornano a distanza di pochi giorni solo per "ricordare" i loro prodotti, con slogan e tecniche di comunicazione che non possono non essere chiaramente colte come di tipo pubblicitario e non scientifico. Inoltre la formazione medica seria non avviene certo attraverso gli informatori, ma piuttosto per il tramite di libri, congressi, riviste scientifiche. Fatta questa premessa, è allora opportuno trattare il fenomeno della cosiddetta informazione scientifica con estremo realismo. Essa è una forma di pubblicità che viene ad occupare la nostra vita, impegnando non poco tempo di essa: tre informatori al giorno, per dieci minuti l'uno, fanno mezz'ora al giorno, due ore e mezzo alla settimana, circa centotrenta ore all'anno, cioè (considerando una settimana lavorativa di 40 ore) *più di tre settimane all'anno passate a sorbire propaganda*, un periodo pari alle ferie medie di un medico! Di fronte a una proposta di occupazione dei nostri "spazi pubblicitari" dobbiamo poter disporre delle stesse possibilità di risposta che abbiamo davanti ad analoghe intrusioni propagandistiche nella nostra vita.

Possiamo rifiutarci di accoglierle (di fronte allo spot "cambiamo canale"...), oppure accettare che i nostri "spazi temporali" siano "acquistati", dietro equa retribuzione.

Pertanto il medico deve essere libero di rifiutare la cosiddetta "informazione" scientifica; se la accetta, l'industria dovrà pagargli il tempo che gli occupa (ad esempio con una cifra esemplificativa di almeno Lit. 30.000 ogni quarto d'ora...), a fronte di regolare fattura. Il sistema diverrebbe così "solare", con linearità nei rapporti reciproci, potendosi così porre termine alle attuali "giuste compensazioni" più o meno chiare, sotto forma di gadget, iscrizioni a congressi, abbonamenti a riviste, quando non addirittura di varie proposte conviviali o di meeting più ludico-turistici che di aggiornamento... È evidente che, retribuendo secondo precise regole l'accesso dell'informatore al medico, ogni altro tipo di rapporto delle industrie a favore di singoli medici o di gruppi di medici avrebbe in ogni caso il carattere dell'illecito. Nella professione medica, mentre l'aspetto umano-relazionale verso i pazienti ha bisogno di essere sempre più enfatizzato e promosso, il rapporto con le Case farmaceutiche

non può più vivere sulla conoscenza tipo "vecchi amici" con l'informatore, ma va normato da specchiati comportamenti economici, nel rispetto reciproco del professionista della medicina e del professionista della pubblicità.

Fabiana Bruschini,
Pediatria

Carlo Miglietta,
Specialista in Medicina Interna

La lettera di Bruschini e Miglietta dimostra una giusta indignazione per le pratiche di marketing che "investono" i professionisti in Italia e invita a considerare il fenomeno per quello che è "con estremo realismo". Bene. Con altrettanto realismo dobbiamo constatare che tali pratiche sono accettate ed in alcuni casi implicitamente se non esplicitamente sollecitate - testimoni gli informatori - da parte dei nostri colleghi, medici di medicina generale, pediatri di famiglia, medici e pediatri ospedalieri. Quindi è da qui che bisogna partire, dal fatto che il rapporto medici-industria è, allo stato, un rapporto in molti casi (non sempre, non ovunque, attenzione!) distorto, per responsabilità di entrambe le parti, e va quindi modificato, possibilmente con regole da tutti accettate. È esattamente quello che l'ACP si è proposta, partendo da noi e da quello che possiamo fare noi e non da quello che dovrebbero fare gli altri (ma, anche qui, invito a documentarsi ed esaminare il codice approvato dalla International Pharmaceutical Manufacturers Association, e adottato in Italia dalla Farmindustria e dalle industrie che ad essa fanno capo: il mondo per fortuna si muove). La proposta ACP (per una sua storia più meditata vedi su l'Arco di Giano n° 1, 1999) è il frutto, temporaneo perché è una bozza di discussione in questo momento all'esame dei soci, di una mediazione e di una discussione tra i soci ACP e i gruppi ACP, non del lavoro di un gruppo ristretto.

Quindi, se non la si ritiene adeguata, la cosa da fare è quella di contribuire con proposte concrete ed emendamenti al testo, cosa che la consultazione aperta su Quaderni acp (e su www.acp.it) ha appunto lo scopo di sollecitare. Ancora prima di essere adottato, l'impegno sta producendo concreti cambiamenti nella pratica dei singoli pediatri, dei gruppi locali e dell'industria.

Non apprezzarli forse significa non avere realizzato fino in fondo quali fossero, prima di questa iniziativa, le opinioni e la pratica su questo tema, anche in casa ACP. Non dimentichiamo inoltre che l'impegno è un minimo comune denominatore che non impedisce ai singoli ed ai gruppi di assumere linee di condotta meno indulgenti. In ogni caso ricordo

che alla prossima assemblea, ad Assisi 5-7 novembre 1999, ci sarà un'altra occasione per sostenere il vostro punto di vista.

G. T.

La rete chi la tesse?

Nel documento dell'ACP sui servizi sanitari (ma anche spesso su *Quaderni acp* ed anche su *Medico e Bambino* per opera del prof. F. Panizon che richiama alla "ricompattazione", ai "fini condivisi" ecc.) vedo spesso citata la "rete dei servizi", "il lavoro di rete" eccetera. Il tutto come risposta alla frammentazione dei servizi. Se non sono riempite di proposte le parole spesso consumano e svuotano i concetti e spingono il lettore verso il già visto che è il predecessore immediato dell'indifferenza: vi ricordate dell'abuso di "territorio"?

Allora facciamo un passo avanti? Per fare un passo avanti io mi (le) chiedo: chi è che (con il proprio lavoro? modificandolo?) deve attivare-costruire reti capaci di reggere all'impatto delle trazioni quotidiane?

È il singolo operatore? Io insomma, lei? O sono gruppi di operatori? E come fanno a farlo? È un po' poco dire, come fa il prof. Panizon sull'ultimo *Medico e Bambino*, "lavorare insieme è lavorare insieme".

Oppure è l'organizzazione delle strutture o dei "servizi" che, organizzata come rete, deve indurre noi operatori verso un modo di lavorare diverso, di stampo meno libero-professionale di quello di ora, così poco condiviso nei fini? E si badi bene lo "stampo libero professionale" non riguarda solo i pediatri di famiglia, ma tutti i pediatri, i neuropsichiatri, gli psicologi del SSN che si sentono prima di tutto "specialisti".

Sandro Marullo

Il sovrauso della parola rete certamente può dare luogo a fenomeni di saturazione e rifiuto. Ciononostante il richiamo sembra necessario perché a noi pare comunque che l'attuale sistema dei servizi sanitari e sociali si sia venuto consolidando in un modo che nel documento ACP è stato definito frammentato (e tale da infondere una sensazione di inutilità in chi vi opera) e comunque tale da non favorire le connessioni fra quelli che sono in effetti i "nodi" del sistema.

Che in questo ci sia responsabilità maggiore del sistema o dei professionisti è questione che al momento vogliamo tralasciare, anche se a noi pare che grandi siano le responsabilità del sistema. Se si pensa, poi, che alcuni degli interventi programmati dal governo negli ultimi tempi (si pensi alla 285/97 ed allo stesso

PSN) si fondano su una serie di iniziative che possono funzionare solo se poste in rete, perché si fondano sul lavoro per progetti, salta subito all'occhio la necessità che il sistema si occupi del problema della rete.

Per venire al concreto di quanto ci chiede Marullo, e senza la supponenza di dare risposte definitive, ci pare di potere dire che per fare la rete sembrano necessarie due condizioni egualmente importanti:

- la prima è una tentativo di ripercorrere le relazioni ed i legami di partecipazione e di condivisione reciproca del lavoro che, in molti, svolgiamo sullo stesso bambino o nella stessa comunità o nello stesso ospedale; questa opera di condivisione deve essere capace di creare, sul piano culturale prima ed organizzativo poi, processi innovativi che si sostituiscono all'autoreferenzialità, mettendo fine alla resistenza a comunicare informazioni ed esperienze, a rompere l'isola nella quale viviamo; e ciò riguarda tutti e tutto;

- la seconda è la disponibilità delle Istituzioni e delle Aziende a rinunciare a concepire la "rete", territoriale o ospedaliera che sia, o meglio territoriale e ospedaliera, come un sistema burocratico di vincoli, di relazioni obbligatorie e cartacee di circolari e disposizioni che la fanno percepire come un rischio e, come tale, la fanno evitare.

Solo un esempio: è difficile pensare di potere aiutare un bambino Down nella solitudine del proprio studio senza una prima (comunicazione della diagnosi insieme col neonatologo), senza un poco dopo (dalla neonatologia al pediatra di famiglia) ed un dopo (neuropsichiatra infantile, logopedista, foniatra, riabilitatore) che continua per un lungo tempo. Per stare insieme questi professionisti hanno bisogno sia della prima che della seconda condizione.

G.C.B.

Business in Italy?

Sono rimasto colpito da un articolino intitolato "Breast-milk substitute business in Italy" nell'ultimo numero di *Lancet*. Ve ne riporto i tratti salienti. In Italia, le madri hanno una varietà di sostituti del latte che non ha rivali: 187 confezioni, di 129 denominazioni, prodotte da 16 differenti industrie, di cui 97 in polvere e 37 liquidi. Si calcola che il costo economico di ogni lattante non al seno possa variare da 1 a 1,8 milioni/anno.

In Italia, nel 1994 sono stati spesi 155 milioni di Euro in latte formulato (per 540.000 nati) La cifra corrispettiva è stata di 180 milioni di Euro in UK (750.000 nati) e in Spagna (360.000 nati). L'articolo potrebbe essere letto

con qualche preoccupazione, se si prescindesse dalla matematica. Ma la matematica dice che, in base a queste cifre, un lattante non al seno spende da 3.000 lire al giorno a 5.000 lire al giorno per mangiare (quanto spenderà dopo l'anno) inoltre che l'Italia spende in latti formulati circa 280 Euro all'anno per ogni nato, mentre l'Inghilterra ne spende 250 (180 milioni: 750 mila) e la Spagna 500 (180 milioni: 360 mila). Allora, proprio, è difficile vedere lo scandalo; se non nel numero delle case produttrici (ma non si diceva che la concorrenza fa bene al mercato?). Mi pare di capire che queste cifre vogliono forse dire che il latte in polvere costa un po' meno in Inghilterra che da noi, oppure che in Inghilterra i bambini sono alimentati un po' più spesso al seno che da noi (ma poco); e che, viceversa, in Spagna, i latti costano (molto) di più oppure che l'allattamento al seno è (molto) meno diffuso. Inoltre mi sembra difficile pensare che una mamma che allatta, per produrre, in latte materno, quelle 500-700 calorie che deve dare al suo bambino, spenda molto meno di 3.000 lire al giorno: l'allattamento al seno è un'altra cosa che non il risparmio di 500-1000 lire al giorno. Portarlo in moneta sembrerà moderno, EBM, matematico; a me sembra che sia solo un errore. Perché, direte, questo mio scandalizzarmi per un falso scandalo? Mah, i motivi sono molti. Uno è che la fonte dell'articolo di *Lancet* è *Quaderni acp*; in verità si tratta, in quel caso, di un articolo non scandalistico; ma, diciamolo, un po' acritico.

Il secondo motivo è che di cose che vanno male ce ne sono anche troppe; non è così necessario sforzarsi di fare in modo che chi legge si demoralizzi più del bisogno; infine, qualunque sia il motivo, bisogna astenersi dal mistificare.

L'articolo e le cifre riportate ci dicono semplicemente che siamo in Europa; che spendiamo come un Paese nord Europeo un po' avaro e non ricco, e molto meno di un altro Paese mediterraneo, serio, con una pediatria forte, e in via di rapido sviluppo, davanti a noi per molte cose. Che non siamo affatto male; che la campagna per l'allattamento al seno, almeno per i primi mesi, che sono biologicamente i più importanti, ha portato i suoi frutti.

Franco Panizon

L'articolo di *Lancet* cui si riferisce il prof. Panizon è reperibile alla seguente indicazione bibliografica: *Lancet* 1999;353:1076. La responsabilità del titolo (e dei confronti europei) è dello stesso *Lancet* in quanto nell'articolo di *Quaderni acp* di business non si parlava. L'obiettivo della ricerca da noi pubblicata era quello (esplicitamente dichiarato) di valutare quantitativamente, assieme ai benefici

nutrizionali di una scelta del latte materno, anche quelli economici. Si riconoscerà infatti che, a nostro sapere, tale ambito della questione è abbastanza poco studiato ed è mancata sempre una valutazione di mercato fatta sul mercato; quanto ai confronti europei ci permetteremo di citare che persino il Presidente di Nestlé afferma che "se si confronta il prezzo di una farmacia italiana con quello di un ipermercato in Francia il primo risulterà maggiore" (*L'Avvenire* 13.05.1999). Non si dice perché. Nessuno aveva, poi, mai valutato il risparmio nell'uso delle grandi confezioni rispetto alle piccole.

Nessuno aveva mai valutato quantitativamente la variabilità dei prezzi di prodotti consimili (come noto questa variabilità è oramai e giustamente impossibile in campo di farmaci e questo è stato considerato un invidiabile successo della CUF nella quale esiste una commissione, presieduta dal prof. Montanaro, che si occupa della definizione dei prezzi). Del resto che qualcosa nei prezzi non convinca è suggerito anche dall'inchiesta dell'Antitrust ampiamente riportata dalla stampa quotidiana ai primi di maggio 1999, ma in verità a tutti confidenzialmente nota da oltre un anno. Per tornare al lavoro pubblicato da *Quaderni acp* a noi pare, poi, che un risparmio del 67% ottenibile con l'utilizzo di confezioni da 2.000 g. sia cosa di cui i pediatri, nel loro consiglio alimentare debbano tenere conto. È abbastanza noto che questo articolo di *Quaderni acp* (ma anche altri come quello sulla migrazione e su Internet ed i bambini) ha avuto una discreta diffusione sulla stampa settimanale e quotidiana del nostro paese.

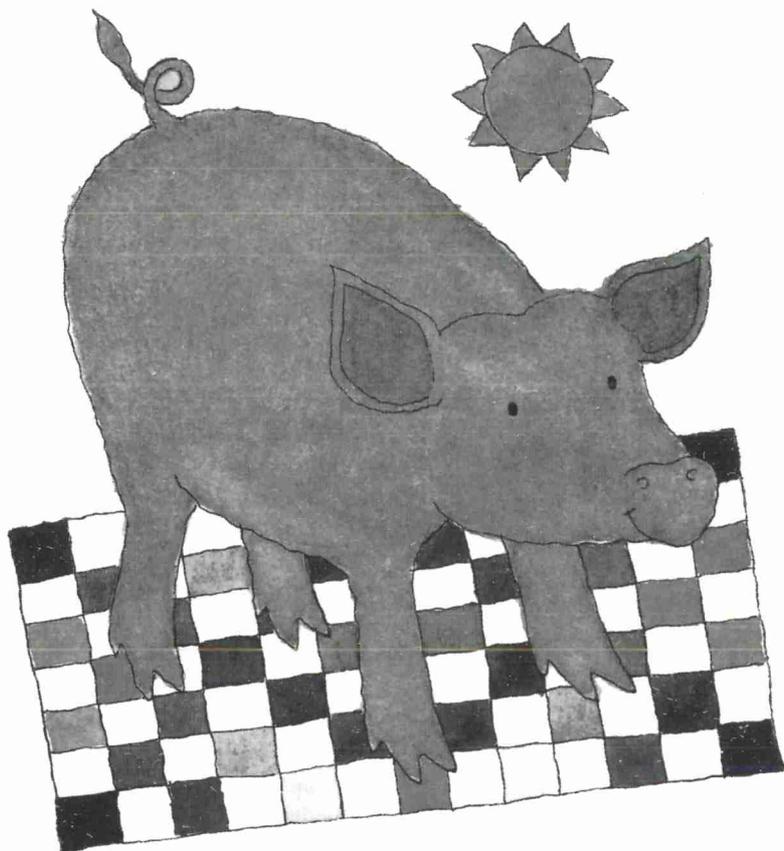
Questo successo non ci dispiace, vista la problematicità dei rapporti fra stampa d'informazione e stampa scientifica di cui si è parlato alle giornate di *Medico e Bambino* del maggio scorso.

Abbiamo quindi ricevuto alcune telefonate di cui desideriamo rendere conto. Un padre molto accurato ci ha detto di avere tenuto a conto (per gioco, per mostrarli ai figli divenuti grandi) tutti i misurini utilizzati per i suoi due figli e di esser in grado di definire precisamente quanto lui ha speso: ebbene la sua spesa reale (tutta in farmacia) è assai più alta di quella da noi calcolata.

Un altro interlocutore, esperto di confezionature, ci ha chiesto come sia giustificata una differenza così alta (67%) fra barattoli da 200 g. e da 2.000 g., dato che - ci ha precisato - il costo di produzione del prodotto (la polvere di latte) e il materiale della confezione non variano il loro costo. In effetti la confezione di 10 barattoli invece che di 1 fa aumentare il costo del prodotto finito del 67%. Ovviamente a questa domanda non sappiamo rispondere.

G.C.B.

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
La guerra tra FDA e produttori di sigarette
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Due bambini che non stanno più in piedi
- **Bambini con bisogni speciali**
I programmi di aiuto per i bambini poveri negli USA
- **Il punto su**
I nuovi lattini formulati di Polinsaturi a catena lunga
- **Informazioni per genitori e pazienti**
I genitori si separano... e il pediatra che dice?
- **Saper fare**
Orientamenti pratici per i test cutanei
nelle reazioni da farmaci

La guerra tra FDA e produttori di sigarette

Salvo Fedele

Pediatra di base, ASL Palermo

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 38

La FDA americana vuole occuparsi di sigarette e di nicotina non limitandosi cioè ad occuparsi di farmaci. La Corte Suprema, forse, comincia a dargli ragione.

Un punto a favore della FDA (Food and Drug Administration) è stato segnato in questi giorni con la decisione della Suprema Corte USA di esaminare un ricorso FDA contro la decisione di un tribunale americano di respingere la richiesta FDA di controllare la produzione di sigarette. La situazione che si è venuta a creare in USA è infatti paradossale: la FDA non ha autorizzato la commercializzazione di *chewing gum* alla nicotina che dovrebbero aiutare a smettere di fumare, perché poco sicure (contengono quantità rilevanti di Nitrosamine), e nello stesso tempo la legge impedisce alla FDA di intervenire per valutare la sicurezza *possibile* del fumo di sigarette.

È una vecchia storia, di cui avevamo anche noi parlato su *Quaderni acp* e che aveva innescato una polemica ferocissima tra due delle più prestigiose riviste scientifiche: *New Scientist* e *The Lancet*.

Dalla polemica entrambe le riviste erano venute fuori non proprio bene: molti consulenti delle due riviste erano (o erano stati) infatti contemporaneamente consulenti di produttori di sigarette.

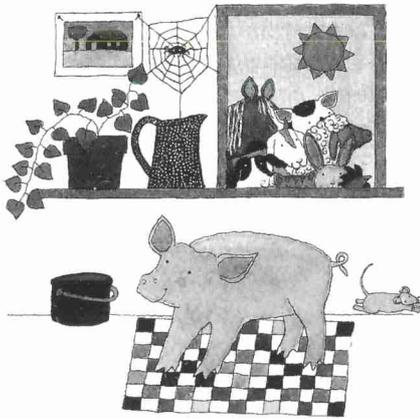
A polemica chiusa la decisione inaspettata della corte di appello USA riapre però la partita con risvolti evidenti su tutto il fiorente mercato mondiale del tabacco. Gli interessi in gioco sono mostruosamente elevati: il governo americano prende attualmente dai produttori di tabacco svariati miliardi di dollari a titolo di risarcimento per le conseguenze sulla salute che il fumo determina.

Ma la vera novità è un'altra: *New Scientist* nel numero 2185 (08.05.1999) ci informa che le principali case produttrici di sigarette hanno appreso con molta preoccupazione la notizia e si stanno mettendo rapidamente all'opera per cercare di varare entro dodici mesi (questo il tempo necessario alla suprema corte per prendere una decisione definitiva) un piano credibile di "sigaretta sicura". Si scopre adesso che le ipotesi di lavoro (fin qui

accantonate) sono numerose. Ve ne raccontiamo una perché emblematica delle conoscenze che si hanno sul fumo di sigaretta. Tra le principali sostanze tossiche che si sprigionano e vengono aspirate con il fumo di sigarette ci sono le Nitrosamine (i principali agenti in causa nella patogenesi dei tumori correlati al fumo).

Molte compagnie avevano varato piani di ricerca in grado di eliminare quasi del tutto le Nitrosamine dal tabacco; le Nitrosamine sono prodotte da batteri che crescono sulle foglie di tabacco.

Numerosi piani sperimentali erano riusciti con trattamenti specifici a sterilizzare quasi del tutto le foglie di tabacco e ad evitare la crescita batterica responsabile della produzione di queste sostanze. Adesso veniamo a conoscenza che una compagnia si è già accaparrata (nel timore dell'impennarsi dei prezzi che inevitabilmente seguirà la decisione della suprema corte USA) 680 tonnellate di tabacco trattato e che le azioni della Star Scientific, una piccola compagnia del sud Virginia che ha brevettato il procedimento più efficiente, sono già alle stelle. Le reazioni delle potenti agenzie internazionali che da anni sono in guerra contro il fumo sono per il momento variegiate: la londinese ASH (Action on Smoking Health) è piuttosto fiduciosa per un progetto di sigaretta sicura ("se saranno forzate a farlo ci riusciranno"). Il prestigioso e agguerrito Office of Tobacco Control canadese più credibilmente dichiara a proposito delle sigarette prive di Nitrosamine: "*there's a good chance they would be safer, but we'd need to do tests*". C'è infine chi più pessimisticamente (realisticamente?) dichiara nella stessa agenzia: "*reducing one class of chemicals, we could incidentally increase the levels of others dangerous products*". In attesa delle decisioni della suprema corte non ci resta che smettere di fumare e, ottenuto il risultato, nell'incertezza scientifica dominante evitare di ricominciare. ■



SHOCK SETTICO E STEROIDI è tempo di distinguere?

Obiettivi Documentare l'incidenza di insufficienza surrenale nei bambini con shock settico e valutare i suoi effetti sulla necessità di catecolammine, durata della terapia intensiva e mortalità

Setting Unità di terapia intensiva pediatrica con sedici letti del Guy's Hospital, Londra.

Metodi Arruolati trentatré bambini con shock settico. La funzionalità surrenale fu definita per mezzo della massima risposta cortisolica dopo stimolazione con adrenocorticotropina (Synacthen test breve). L'insufficienza fu definita come un incremento post-Synacthen inferiore a 200nmol/l.

Risultati La mortalità complessiva fu del 33%. L'incidenza d'insufficienza surrenalica fu del 52% e i bambini con insufficienza surrenalica erano significativamente più vecchi e tendevano ad avere punteggi più alti di rischio di mortalità. Essi avevano bisogno inoltre di più alte dosi di vasopressori per mantenere una stabilità

emodinamica. Nel gruppo dei sopravvissuti, quelli con insufficienza surrenalica ebbero bisogno di un più lungo periodo di sostegno inotropico di quelli con funzionalità normale (mediana, 3 vs 2 giorni), ma non ci fu una differenza significativa nella durata della ventilazione (mediana, 4 giorni per ciascun gruppo) o nella lunghezza del ricovero (mediana, 5 vs 4 giorni). La mortalità non fu significativamente più elevata nei bambini con insufficienza surrenalica rispetto a quelli con funzionalità normale (6 su 17 vs 5 su 16 rispettivamente).

Conclusioni L'insufficienza surrenalica è comune nei bambini con shock settico. Essa è associata con un' aumentata richiesta di vasopressori e durata dello shock.

Commento Tanto lavoro per nulla? Guardando semplicemente ai risultati saremmo portati a rispondere di sì, ma a nostro parere anche il solo tentativo di capire meglio i meccanismi alla base di una patologia così grave, senza dare nulla per definitivamente scontato, merita apprezzamento e deve servire da esempio.

Gli autori sono partiti da osservazioni veramente incoraggianti effettuate negli adulti, dove la somministrazione di steroidi nello shock settico a malati con insufficienza surrenale si era dimostrata efficace nel ridurre la mortalità. Si trattava perciò di distinguere i malati senza insufficienza da quelli con, e in questi eventualmente utilizzare gli steroidi.

Gli autori nel presente lavoro si sono limitati a chiarire l'incidenza di insufficienza surrenale nei bambini con shock settico, precisandone anche le caratteristiche emodinamiche, ma senza trovare differenze di mortalità che giustificano un trial con steroidi. Sottolineano anche come, per evidenziare una riduzione del 50% della mortalità, ci sia bisogno di un campione di almeno 500 casi. Ma si sa, sono inglesi; da noi saremmo capaci di farlo con molti di meno.

M. Hatherill Adrenal insufficiency in septic shock *Arch Dis Child* 1999;80:51

Parole Chiave: Insufficienza surrenale, Cortisolo, Shock settico, Vasopressori

SORDI E CATTIVI una sorpresa

Obiettivi Risolvere la controversia sulla associazione tra una storia di otite media effusiva e disturbi dello sviluppo cognitivo e/o del comportamento.

Setting Analisi della coorte di nati in UK tra il 5 e l'11 aprile del 1970, oggetto di un'indagine longitudinale multiscopo.

Metodi Le informazioni necessarie venivano raccolte dai genitori e dagli insegnanti. Nei bambini di 5 anni i genitori riportavano dati sulle condizioni di salute (e specificatamente la presenza di effusione dall'orecchio di materiale purulento e il sospetto di ipoacusia), sul comportamento, sull'adattamento sociale.

A 10 anni gli insegnanti valutavano il comportamento. A 5 e 10 anni veniva valutato con test specifici lo sviluppo cognitivo.

Risultati I dati sono stati disponibili per 12.000 bambini a 5 anni e 9.000 a 10 anni. Dopo aggiustamento per le condizioni socio-economiche e la presenza di problemi psicologici materni, a 5 anni era presente nei bambini con ipoacusia una evidente povertà di linguaggio che però non era più significativa a 10 anni. I disturbi del comportamento erano invece significativamente più probabili sia a 5 anni che a 10, e comprendevano scarsa attenzione o iperattività, atteggiamenti antisociali e comportamento nevrotico.

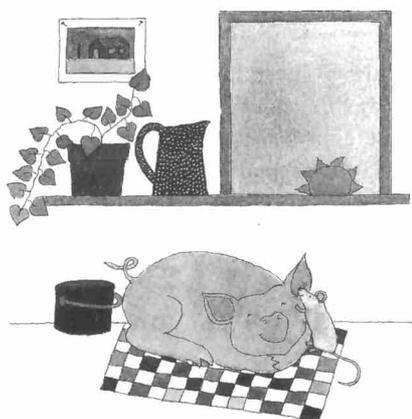
Conclusioni Questi risultati forniscono una base epidemiologica per una politica sanitaria volta a minimizzare le conseguenze della patologia croni-

ca dell'orecchio medio, informando i genitori e gli insegnanti, inviando prontamente i bambini allo specialista e fornendo un adeguato trattamento per i casi più gravi o persistenti.

Commento I dati sono tuttora contrastanti sulle conseguenze a lungo termine della ipoacusia secondaria a OME, con una certa prevalenza per una prognosi favorevole per quanto riguarda i disturbi cognitivi. E in effetti anche in questo lavoro si conclude per una assenza di problemi di linguaggio significativi a 10 anni. Probabilmente, sottolineano gli autori, dopo la regressione dell'ipoacusia i bambini riescono a recuperare sufficientemente, anche se insinuano il dubbio che un numero maggiore di casi potrebbe essere necessario per dare una risposta definitiva. Ciò di cui invece non eravamo abituati a preoccuparci, e che sembra invece dimostrato, almeno in questo lavoro, è la comparsa e persistenza di problemi comportamentali non piccoli e quindi la necessità, ma aspettiamo conferme, di essere forse un po' più interventisti, almeno nei casi più seri, se non altro pensando attivamente a confermare o escludere l'esistenza dei disturbi segnalati.

K.E. Bennett Behaviour and cognitive outcomes from middle ear disease Arch Dis Child 1999;80:28

Parole Chiave: OME, Ipoacusia, Disturbi comportamentali, Sviluppo cognitivo



short

Ancora la SIDS? Sì! Ancora la SIDS e il "pancia sopra"

Noi continuiamo, incorreggibilmente, a temere che l'enfasi che si è fatta attorno alla questione del QT nella SIDS, al di là della sua correttezza scientifica, distrugga i pediatri pratici dai consigli della posizione prona, ancora non completamente introiettati come dimostrano alcune ricerche non solo italiane.

Per questo ribattiamo sul tasto e ce ne dà occasione questo lavoro olandese (Leiden, Utrecht, Amsterdam). Lo studio, caso con doppio controllo, tende a capire se i già accertati criteri di rischio per la SIDS (posizione nel sonno, sesso maschile, basso peso, prematurità, gemelli, madre giovane, fumo, allattamento artificiale, povertà, massima incidenza a 2-3 mesi ecc.) ed eventualmente i reciproci fattori protettivi possano essere veramente validati sul campo oppure se di quelli citati sopra (rischio o protezione) alcuni siano scomparsi o meno validi oggi (1995) che la mortalità per SIDS è scesa, in Olanda, allo 0,26 per 1.000 nati vivi.

I casi di SIDS studiati furono 105, quelli sui quali lo studio poté essere completo 81: 66% maschi, morti a 3,07 mesi di età media.

Le condizioni di rischio, che in Olanda rimangono invariate e hanno carattere "costituzionale" (sui quali i medici poco possono), sono: il sesso, la giovane età della madre, la gemellarità, la povertà. Le altre condizioni associate, sulle quali il medico può influire largamente, sono: il fumo e l'alcool, l'allattamento artificiale e la routine assistenziale; in questa la posizione prona ha un rischio relativo di **22 volte maggiore** se si valuta il *trovar prono* il bambino, di **23 volte maggiore** l'*averlo messo prono*, di **20 volte maggiore** l'*averlo messo di lato*. Diminuisce nettamente (OR 0,6!) il rischio se si mette il bambino a dormire col ciuccio o dentro lo "sleeping sack" (0,51) che supponiamo sia una specie di portinfante. La stagione non ha invece importanza; l'inverno nei

paesi freddi con le sue malattie di stagione sembrava predisporre alla SIDS. Non sembra vero. Un'originale interpretazione viene data della protezione dell'allattamento al seno: la ginnastica muscolare delle vie digestive superiori conferirebbe al bambino una maggiore potenza per superare eventi come quello dell'ostruzione delle vie aeree. Quindi non molliamo la presa: **facciamo dormire i bambini a pancia sopra: nè a pancia sotto, nè di lato**. Per il resto si vedrà. Una recente ricerca, ad esempio, rivela che nel DNA mitocondriale dei morti per SIDS esiste una mutazione che potrebbe portare ad un difetto di utilizzazione dell'ATP nei tessuti cerebrali e muscolari, cuore compreso (*Acta Paediatr 1998;87:1039*). Il difetto potrebbe avere rapporti con la capacità di respirare e di reagire di fronte ad eventi di tipo ostruttivo. Questo potrebbe accordarsi con la necessità di porre il bambino a pancia sopra e non a pancia sotto.

P l'Hoir et al. Case control study of current validity of previously described risk factors for SIDS in the Netherlands Arch Dis Child 1998;79:386

DIFETTI CARDIACI CONGENITI chi prima, chi poi

Obiettivi Determinare la prevalenza e il significato clinico dei soffi cardiaci individuati durante la visita di routine ai neonati.

Setting Distretto sanitario di Middlesbrough e Ospedale generale di distretto South Cleveland.

Metodi Studio prospettico della durata di due anni (dal gennaio 1995 al dicembre 1996) durante i quali sono stati visitati in maniera standard dagli specialisti di reparto tutti i nuovi nati entro 48 ore dalla nascita. I bambini prematuri o ammalati

venivano esclusi in quanto la loro visita non era più di tipo standard. Tutti i bambini ai quali veniva rilevato un soffio cardiaco praticavano un ecocardiogramma. Furono inoltre individuati tutti i bambini con cardiopatia congenita manifestatasi entro il primo anno di vita, provenienti dalla stessa coorte di nati, per stabilire la prevalenza totale della malattia.

Risultati Durante il periodo dello studio nacquero nell'ospedale 7.763 bambini. Di questi 559 furono ricoverati in patologia neonatale e 10 risultarono cardiopatici. Dei 7.204 che furono sottoposti alla visita standard, 46 (0,6%) presentarono un soffio, ma solo in 25 fu confermata una malformazione cardiaca. Tutti erano asintomatici. La diagnosi più comune fu un difetto settale ventricolare. Altri 32 bambini della stessa coorte di nati, che avevano avuto una visita standard ed erano risultati normali, risultarono successivamente affetti da cardiopatia congenita entro il primo anno di vita.

Conclusioni I controlli clinici neonatali individuano soltanto il 44% delle malformazioni cardiache che si manifestano nel corso del primo anno di vita. Se si ascolta un soffio cardiaco c'è il 54% di probabilità che ci sia una malformazione cardiaca. Genitori e pediatri dovrebbero essere ben consapevoli che un'obiettività cardiaca normale in un neonato non esclude la presenza di una malformazione cardiaca clinicamente rilevante. Ogni volta che

si ascolta un soffio cardiaco in un neonato o in un lattante è necessario un approfondimento diagnostico specialistico cardiologico.

Commento Forse nulla di nuovo ma ripetere non nuoce. Nello stesso numero della rivista ben tre articoli dello stesso gruppo vertono sulla difficoltà di individuazione delle cardiopatie congenite sulla base di un normale esame di routine dei neonati apparentemente sani. Gli autori non concludono certo consigliando esami strumentali a tutti, ma sottolineano l'importanza di ripetere una accurata auscultazione cardiaca ad ogni controllo di salute per tutto il primo anno di vita; soffio non vuol dire necessariamente cardiopatia. I più lievi di solito esitano in una piena normalità, quelli più intensi nel 50% dei casi circa nascondono una malformazione significativa.

S.B. Ainsworth Prevalence and clinical significance of cardiac murmurs in neonates *Arch Dis Child* 1999;80:F43

Parole Chiave: Cardiopatia congenita, Soffio cardiaco, Screening

COLICHE un pianto e basta

Obiettivi Ricercare se il pianto delle coliche sia acusticamente differente dal pianto di fame presente subito prima del pasto e precisare il ruolo delle caratteristiche acustiche di questo pianto rispetto ad altre caratteristiche nel suscitare una così particolare preoccupazione da parte dei genitori.

Metodi Hanno partecipato allo studio i bambini nati in un periodo di 11 mesi in un grande reparto di maternità di Londra con l'esclusione dei gemelli e dei bambini che hanno richiesto assistenza non ordinaria. Su 597 mamme intervistate, 530

accettarono di partecipare. Da questo campione furono selezionati i bambini che rientravano nei criteri di Wessel per la diagnosi di coliche. A 4-5 settimane di vita, in base a dei questionari, furono individuati bambini con coliche e a 5-6 settimane di vita fu registrato il pianto lungo un arco di 24 ore. Usando una analisi acustica, i segmenti più intensi di nove crisi di coliche furono confrontati con segmenti, con uguali caratteristiche di intensità, presi da crisi di pianto precedenti un pasto e verosimilmente causati da fame, appartenenti a lattanti non affetti da coliche.

Risultati Il pianto delle coliche non aveva frequenze più elevate o proporzione di dissonanza maggiori del pianto da fame. Conteneva emissioni brevi più frequenti, ma queste somigliavano ad altri tipi di pianto normale studiati in altre indagini.

Non si è avuta dimostrazione che il pianto da coliche abbia caratteristiche acustiche differenti che siano riproducibili o identificabili in altri campioni o studi, che possano indicare una precisa condizione clinica e che siano identificate con accuratezza dai genitori.

Conclusioni Il risultato più affidabile è che il pianto da coliche convoglia semplicemente informazioni acustiche non uditive interpretabili come specifiche delle coliche. Invece le caratteristiche non acustiche, come la particolare lunghezza, la difficoltà di consolazione e l'inspiegabilità del pianto possono essere specifiche delle coliche e più importanti per i genitori per capire che il bambino ha veramente dolore. Queste caratteristiche potrebbero essere la conseguenza di un particolare temperamento del bambino di natura costituzionale.



Commento Questo studio si aggiunge a diversi altri che dimostrano l'impossibilità di riconoscere caratteristiche acustiche specifiche del pianto da "coliche", come pure un comportamento motorio tipico che indirizzi verso un dolore addominale. La somiglianza dei vari tipi di pianto, anche ad analisi sofisticate, potrebbe far pensare, come molti già sanno, che forse il dolore non sia neanche la componente più importante delle "coliche". Siamo comunque d'accordo con gli autori che è più che sufficiente, per fare diagnosi e decidere di intervenire in qualche modo, la presenza di un pianto particolarmente duraturo e inconsolabile, e quindi tale da diventare comunque un problema per i genitori, i quali a loro volta potrebbero diventare un problema per il bambino.

I. St James-Roberts What is distinct about infants' "colic" cries? *Arch Dis Child* 1999;80:56

Parole Chiave: Coliche, Pianto

LATTE UMANO E PREMATURI meno meningiti

Obiettivi I neonati prematuri sono immunologicamente immaturi alla nascita. Studi precedenti hanno dimostrato che il latte umano protegge nei confronti delle infezioni nei neonati a termine, mentre sono pochi gli studi sui suoi effetti nei neonati pretermine. Obiettivo di questo lavoro è studiare gli effetti dell'alimentazione con latte umano sull'incidenza di infezione fra i bambini con peso molto basso alla nascita (VLBW) durante le prime fasi del ricovero.

Setting Unità di terapia intensiva neonatale (UNTI) del Georgetown University Medical Center.

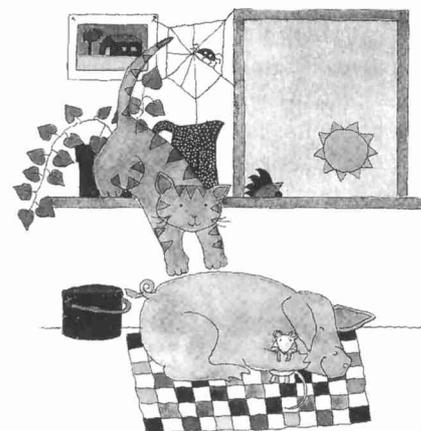
Metodo Il campione era composto da 212 bambini VLBW ricoverati consecutivamente nella UTIN nel 1992-1993 e sopravvissuti fino a poter ricevere una alimentazione enterale. Dalle cartelle cliniche sono stati estrapolati i dati relativi al tipo di alimentazione (latte umano o formula), alla presenza di infezioni e sepsi/meningite (segni clinici e colture positive per patogeni) e alle potenziali variabili fonti di errore. Per controllare l'effetto di questi fattori di distorsione è stata utilizzata l'analisi della regressione logistica multipla.

Risultati L'incidenza d'infezione (latte umano 29,3% vs formula 47,2%) e di sepsi/meningite (latte umano 19,5% vs formula 32,6%) appariva significativamente diversa in base al tipo di alimentazione. I principali fattori di rischio infettivo erano sovrapponibili nei due gruppi. L'alimentazione con latte umano era correlata in maniera indipendente con una riduzione



della probabilità di infezione (OR= 0,43; IC 95%:0,23-0,81) dopo correzione per età gestazionale, punteggio di apgar a 5 minuti, giornate di ventilazione meccanica e giornate senza alimentazione enterale; e appariva indipendentemente correlata con una riduzione delle probabilità di sepsi/meningite (OR= 0,47; IC 95%: 0,23-0,95) dopo correzione per età gestazionale, giornate di ventilazione meccanica e giorni senza alimentazione enterale.

Conclusioni L'incidenza di infezione di qualunque tipo e di sepsi/meningite è significativamente ridotta nei bambini VLBW alimentati con latte umano, rispetto a quelli alimentati con latte formulato.



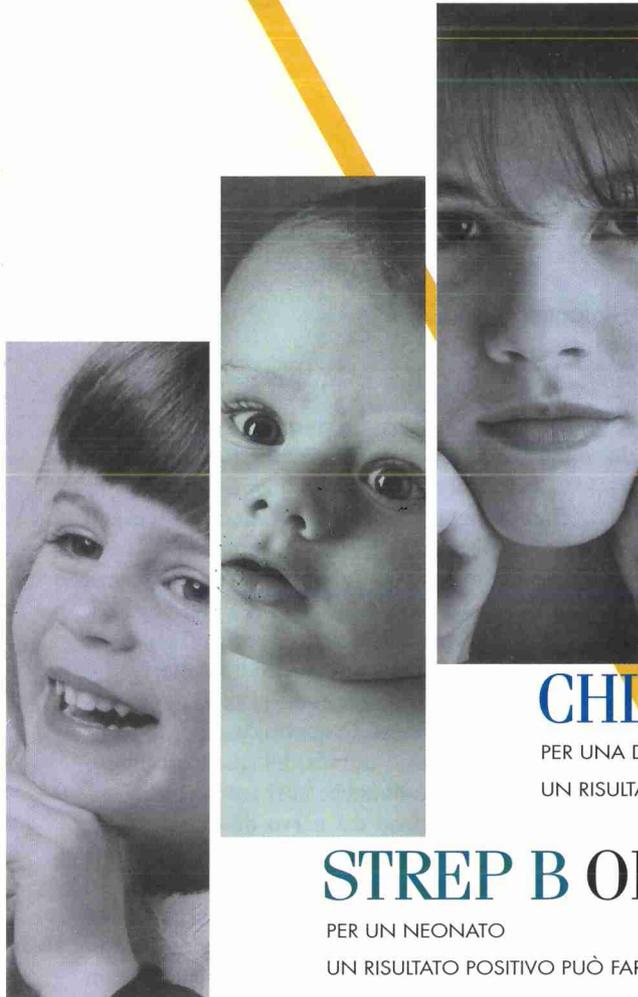
Commento Trovare nuove evidenze della insostituibilità del latte umano fa sempre piacere, tanto più quando, come in questo caso, se ne scoprono i grandi vantaggi in un gruppo di neonati ad alto rischio come i VLBW. Ma subito dopo spunta un sentimento di dispiacere e di rabbia per tutto quanto non si fa nei nostri ospedali, e si potrebbe fare, per la promozione dell'allattamento al seno e la costituzione delle banche del latte. Certo per quest'ultimo obiettivo bisognerebbe anche decimare il numero delle UTIN, o sedicenti tali, spuntate in Italia negli ultimi anni "a lode e gloria" di ambiziosi primari. In questo stesso lavoro potrete notare come il numero di VLBW, più di 100 all'anno, presupponga un bacino di utenza di almeno 10.000 nati all'anno.

M.A. Hylander Human milk feedings and infection among very low birth weight infants *Pediatrics* 1998;102:e38

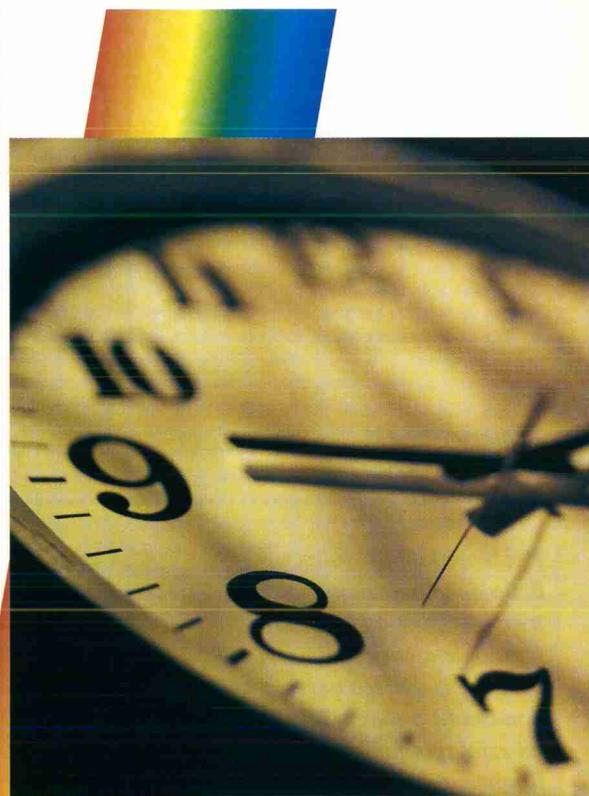
Parole Chiave: Prematuri, Latte materno, Infezioni



Optical ImmunoAssay OIA®



Il Tempo
necessario
per
ottenere un
risultato
positivo
può fare la
differenza



CHLAMYDIA OIA®

PER UNA DONNA

UN RISULTATO POSITIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA.

STREP B OIA®

PER UN NEONATO

UN RISULTATO POSITIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA.

STREP A OIA® MAX

PER UN BAMBINO

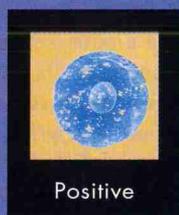
UN RISULTATO POSITIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA.



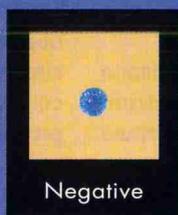
ACTUAL PHOTOS SHOWN



Positive



Positive



Negative



Bracco s.p.a.

Divisione Chimica
Via Egidio Folli, 50
20134 Milano
Telefono: 02 2177.1
Fax: 02 2155169

BIOSTAR®
Better Results Mean Better Medicine®

Il caso che insegna

Due bambini che non stanno più in piedi

Roberto Ponti, Clara Maria Faedi

Pediatri di famiglia, Dipartimento Materno-Infantile AUSL Cesena

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 44-45

Nei bambini i disordini della deambulazione possono trarre origine da numerose patologie a carico di nervi periferici, sistema nervoso centrale o muscoli; possono essere ad eziologia tumorale, flogistica, ereditaria ed acquisita. I due casi che seguono, forse solo apparentemente poco comuni, ci sono sembrati particolarmente istruttivi.

I casi

F.M. bambino di 10 anni presenta una malattia febbrile delle prime vie aeree, durata tre giorni. Al quarto giorno è sfebbrato, ma dopo altri tre giorni presenta mialgie agli arti inferiori, con prevalente interessamento dei polpacci; la deambulazione è impossibile per il dolore. I riflessi tendinei profondi sono normoevocabili. Questa fase così acuta dura circa tre giorni, poi la sintomatologia regredisce completamente in pochi giorni.

S.C. bambina di 3 anni, ammala di stomatite aftosa con febbre attorno ai 38°C. La febbre dura quattro giorni e viene trattata con solo Paracetamolo. Dopo due settimane dallo sfebbramento sopravviene una sintomatologia progressiva di mialgie agli arti inferiori, con deambulazione assai difficile ed obbligata in punta di piedi. È presente un'edema duro dei polpacci; i riflessi osteotendinei profondi sono normoevocabili. È presente anche un interessamento più sfumato della muscolatura del rachide cervicale e dei cingoli scapolo-omerali. Diversamente dal caso di **F.M.** vi è stata una latenza fra fine della febbre e insorgenza della sintomatologia ed un andamento molto più protratto. L'espressione clinica è stata massima alla terza settimana. La fase di acuzie si è protratta per due settimane, la guarigione si è completata in altre tre settimane.

Nel primo caso gli esami ematochimici hanno evidenziato un notevole aumento degli enzimi muscolari nel siero; in particolare le CK erano venti volte il valore normale; dopo un mese tutti gli esami erano normalizzati. Positiva è risultata la ricerca degli anticorpi anti *Mycoplasma pneumoniae*, con titolo 1:640, e delle agglutinine a freddo. Il bambino è stato trattato con un Macrolide orale per dieci giorni. Anche nel secondo caso gli esami di laboratorio

hanno dimostrato un aumento degli enzimi muscolari serici, con picco di CK trenta volte i valori di norma, completamente regredito in circa sei settimane. Nel secondo caso gli esami sierologici per E. B. virus, Herpes tipo 1 e 2, CMV, Enterovirus, Adenovirus, Parainfluenza 1, 2, 3, ed Influenza A sono risultati negativi. La ricerca per gli anticorpi anti Influenza B, hanno evidenziato una positività delle IgM e delle IgG; le IgM specifiche si sono negativizzate dopo due mesi. In questo caso per la particolare severità e durata del quadro clinico, sono stati eseguiti anche altri esami: una Velocità di conduzione del nervo motore peroneo, risultata normale; una Elettromiografia, che ha evidenziato un quadro di tipo miogeno.

La biopsia del muscolo quadricipite femorale sinistro, ha rilevato un quadro di grave sofferenza cellulare di tipo infiammatorio, con componente vasculitica relativamente modesta e imponente necrosi muscolare. Al microscopio elettronico le fibre muscolari presentavano diametri variabili, alcune erano atrofiche, inoltre si apprezzavano fenomeni degenerativi del sarcolemma e delle miofibrille: quindi una grave sofferenza muscolare con disorganizzazione delle strutture contrattili. Per quanto riguarda la terapia il primo bambino non ha subito alcun trattamento. Nel secondo caso, dopo circa cinque settimane dall'esordio dei sintomi muscolari, la bambina è stata trattata con terapia corticosteroidica (bolo di Metilprednisolone 30 mg/Kg die e.v. per 3 giorni, poi Prednisone 0,5 mg/Kg die per un mese, seguito dalla stessa dose ma a giorni alterni per un mese). Va sottolineato che il miglioramento della sintomatologia era in verità già in atto da qualche giorno prima dell'inizio della terapia corticosteroidica. Questo fa presumere che il cortisone abbia solo accelerato i tempi di

Per corrispondenza:
Roberto Ponti,
rponti@iol.it

guarigione. A distanza di oltre 10 anni, la ragazza non presenta alcuna recidiva né esito della patologia muscolare.

La diagnosi

Le ipotesi diagnostiche che potevano essere prese in considerazione nei due casi ci sembra possano essere così elencate:

- *Mialgie cosiddette influenzali*: solitamente più diffuse, tendono a precedere o ad accompagnare, e non a seguire, i sintomi febbrili.

- *Mioglobinuria acuta*: forma autosomica dominante che può essere precipitata da un prolungato esercizio fisico, dalla febbre, dalle infezioni virali e dall'uso di alcool.

- *Dermatomiosite-Polimiosite*: determinano una compromissione muscolare multifocale e a più lenta progressione; nella prima vi sono i caratteristici segni cutanei.

- *S. di Guillain-Barrè*: si caratterizza per una progressiva ipostenia muscolare distale prevalentemente a carico degli arti inferiori; c'è un deficit della sensibilità, dolore o parestesie in poco più di un terzo. I riflessi tendinei profondi sono assenti o ridotti in tutti i casi; gli enzimi muscolari serici sono normali. Gli studi elettrofisiologici possono evidenziare una diminuzione della velocità di conduzione nervosa e un quadro elettromiografico di tipo neurogeno.

- *Atassia-ipotonia cerebellare*: si esprime come un disturbo dell'equilibrio, più che come ridotta forza muscolare.

- *Poliomielite e infezioni delle cellule delle corna midollari anteriori da altri Enterovirus*: presentano un quadro clinico asimmetrico.

- *Patologia flogistica o tumorale a carico della colonna, del midollo e delle radici spinali* (ascesso epidurale, linfoma del canale midollare, ganglioneuroblastoma): determina dolore radicolare, dolore alla compressione dei processi spinosi e della colonna, disturbi sfinterici, asimmetria della paralisi e disturbi della sensibilità.

- *Miosite acuta benigna* che è una miopatia infiammatoria associata ad infezioni prevalentemente virali, meno frequentemente batteriche, parassitarie o protozoarie.

La sintomatologia nella quale era possibile fare rientrare i nostri due bambini con sufficiente evidenza poteva essere quest'ultima. Le diagnosi più vicine e da escludere: la S. di Guillain Barrè (escludibile per la presenza dei riflessi e, sul piano degli esami, dell'alterazione enzimatica) e l'Atassia cere-

bellare (si esprime con disordini dell'equilibrio e non come diminuzione della forza muscolare; non v'è alterazione enzimatica).

La Miosite acuta benigna

La miosite acuta benigna è una miopatia acuta infiammatoria di incerta etiologia. Tra le infezioni associate alla Miosite acuta benigna, sono descritte quelle da virus Influenza A o Influenza B; Parvovirus B19; Coxsackie B; Adenovirus; Parainfluenza virus; Rotavirus; Mycoplasma pneumoniae (1-7). Il quadro clinico più comune comprende una fase prodromica con sintomi respiratori o, più raramente, gastroenterici che durano 1-7 giorni; risolta questa, compaiono delle gravi mialgie che determinano una disfunzione dei gruppi muscolari coinvolti, talvolta fino all'impotenza funzionale assoluta, talora più conseguenza del dolore che dell'ipostenia. Il coinvolgimento muscolare è simmetrico, più prossimale che distale; i muscoli interessati sono tesi, duri ed edematosi. Poiché più frequentemente sono coinvolti i muscoli dei polpacci e delle cosce, il bambino può camminare con fatica, o deambulare solo sulle punte. I riflessi tendinei profondi sono conservati, anche se a volte non facilmente evocabili. Un quadro di Polimiosite acuta diffusa è infrequente. La sintomatologia muscolare in genere si risolve in pochi giorni, più raramente in alcune settimane. Le rare forme necrotizzanti, possono causare un'importante mioglobinuria con rischio di necrosi tubulare renale "life threatening". Il dato caratteristico è una elevazione degli enzimi muscolari fino a 50-60 volte il valore normale. I reperti istologici non sono specifici: modificazioni degenerative delle fibrocellule muscolari, fino ad una necrosi massiva con importante infiltrato infiammatorio intrafascicolare di PMN e una minima infiltrazione perivascolare, oppure edema e necrosi coagulativa con infiltrato di cellule mononucleate. In letteratura vengono formulate almeno due ipotesi patogenetiche, presumibilmente complementari: la prima individua come evento causale un'invasione virale diretta del muscolo; la seconda propone che lo sviluppo di miosite acuta si associ ad un'infezione primaria da virus Influenza B, che è stato isolato dal tampone rettale o faringeo di alcuni bambini con questa patologia, i quali non hanno però sviluppato una sierconversione anticorpale, suggerendo così la mancanza di una risposta anamnestic-

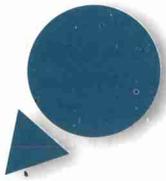
ca, come se si trattasse appunto di un'infezione primaria (1). Nelle forme più tipiche la diagnosi è abbastanza agevole anche solo con un'attenta valutazione clinica e anamnestica. La diagnosi è supportata dal riscontro di un aumento degli enzimi muscolari serici, con CK fino a 50-60 volte il valore normale. La terapia è solo sintomatica. Ci pare infatti che il trattamento cortisonico sia stato solo apparentemente efficace.

Cosa abbiamo imparato

Negli ultimi anni, nella nostra professione ambulatoriale nel ricovero ospedaliero, abbiamo riscontrato come la Miosite acuta benigna non sia malattia rara. I casi che abbiamo descritto sono paradigmatici di espressioni ai limiti della benignità e della gravità della malattia, ma altri casi sono stati osservati. Qualche anno fa, in Romagna, fu descritta una piccola epidemia. D'altra parte casi agglomerati sono sufficientemente descritti in letteratura. È probabile, come sostiene Stang (4), che si tratti di una malattia "common and distinct" che si deve tenere presente nella pratica corrente più di quanto sia stato fatto. La gravità della sintomatologia è spesso tale da mettere in difficoltà l'esaminatore. Ne è prova la relativa "invasività" con la quale abbiamo trattato il secondo caso, di fronte al quale oggi, con ogni probabilità, ci comporteremmo in maniera diversa. ■

Bibliografia

- 1) Dietzman et al. Acute myositis associated with influenza B infection. *Pediatrics* 1976;57:255-58
- 2) Ruff et al. Viral studies in benign acute childhood myositis. *Arch. Neurol* 1982;39:261-63
- 3) Tepperberg et al. Transient acute myositis in children. *JAMA* 1977;238:27-28
- 4) Stang et al. Acute transient myositis associated with influenza virus infection. *Ped. Infect. Dis. J.* 1989;4:257-58
- 5) Hattori et al. Benign acute myositis associated with rotavirus gastroenteritis. *J. Pediatr* 1992;121:748-49
- 6) Bonno et al. Acute myositis with transient decrease of albumin, immunoglobulin and complement following rotavirus gastroenteritis. *Acta Paediatr* 1998;40:82-4
- 7) Belardi et al. Myalgia cruris epidemica (benign acute childhood myositis) associated with Mycoplasma pneumoniae infection. *Ann Emerg Med* 1987;16:579-81



Bambini
con bisogni
speciali

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 46-47

Una lezione per l'Italia?

I programmi di aiuto per i bambini poveri negli USA

Giuseppe Cirillo

Ospedale "S.S. Annunziata", Napoli

Come programmare prima e valutare poi l'aiuto ai bambini con disagio sociale. Offerta di servizi o aiuti economici? Qual'è il programma che ha una resa più alta del suo costo? Valutazioni a breve o a lungo termine?

In un momento in cui anche in Italia, si vanno sviluppando politiche di aiuto per i bambini e le famiglie povere e con disagio sociale, appare utile una riflessione complessiva sulle politiche di aiuto sociale in un paese in cui l'esperienza per alcuni programmi è più che ventennale e in cui l'entità dei trasferimenti finanziari ed il numero di persone coinvolte sono assolutamente incomparabili rispetto ai fondi previsti in Italia. In Usa esistono molti programmi pubblici per i bambini poveri. Sulla base delle risorse disponibili, del tipo di aiuto e dei criteri di selezione della popolazione gli amministratori pubblici decidono quali bambini riceveranno aiuto e quale tipo di aiuto sarà fornito. Assicurare che queste scelte siano assunte in modo razionale è molto difficile, data la non comparabilità dei differenti programmi di aiuto e le limitate informazioni disponibili circa gli effetti che questi programmi hanno sui bambini poveri. Un interessante articolo (1) suggerisce quattro criteri per valutare e programmare l'aiuto ai bambini con disagio sociale e fornisce una sintesi delle informazioni disponibili su otto grandi programmi federali. I criteri di valutazione sono questi:

1. Efficiency (Efficienza)
2. Investment (Produttività sociale degli investimenti)
3. Incentives (Capacità di incentivare)
4. Equity (Equità)

Le conclusioni più rilevanti sono le seguenti:

- I diversi programmi che assumono come target specifico direttamente il bambino hanno mostrato di avere effetti positivi su di una serie di outcome.
- Anche dopo l'attuale riforma del Welfare, il mix di aiuti federali e statali disponibile per i bambini poveri privilegia l'aiuto attraverso l'offerta di servizi piuttosto che aiuti economici diretti.
- È necessaria una maggiore comprensione degli effetti di questi programmi sui bambini poveri prima che i tecnici raccomandino agli amministratori pubblici un certo tipo di programma di aiuto.

1. Criteri per la scelta di un Programma

Gli economisti e i politici spesso usano dunque i quattro criteri sopra esposti per valutare i programmi sociali: efficienza, investimento, incentivazione, equità. I programmi efficienti sono quelli che producono maggiori benefici per ciascun dollaro impiegato. Un programma che fornisce servizi ad una qualche porzione dei suoi beneficiari non determina il più efficiente uso delle risorse se il valore dei singoli servizi non è grande. Similmente, un programma che è meno costoso da amministrare potrebbe essere più efficiente di un altro che sia più ingombrante, anche se può sembrare che i due programmi siano uguali. L'investimento è il criterio con cui viene valutata la produttività sociale di un programma. Al minimo un buon investimento ha una resa che è più alta del suo costo. Idealmente i programmi dovrebbero essere classificati sulla base della loro produttività. I migliori investimenti dovrebbero essere quelli con i più larghi ritorni sociali. Una classificazione però che richieda un paragone tra differenti tipi di benefici, risulta difficile da effettuare. Per esempio un programma può essere considerato un buon investimento se i suoi benefici a lungo termine per i bambini (es. prevenzione di future malattie) eccedono i suoi costi. Tuttavia, non solo gli esiti a lungo termine sono difficili da predire con accuratezza, ma anche molti esiti a breve, come il miglioramento della salute, sono difficili da misurare in termini monetari. I programmi di aiuto per i soggetti in stato di disagio riducono inevitabilmente gli incentivi per i beneficiari. I politici e l'opinione pubblica possono preferire programmi che incoraggiano a lavorare o che eventualmente riducono nel tempo la partecipazione al programma. Le considerazioni sull'equità sottolineano il valore dei programmi studiati per portare i bambini poveri alla pari con gli altri bambini. Per esempio, molti credono che i bambini poveri meritino lo stesso accesso alle cure sanitarie dei bambini con assicurazione privata. In più il

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

concetto di equità orizzontale richiede che le famiglie nelle stesse condizioni siano trattate in modo simile. La preoccupazione circa l'equità orizzontale è invariabilmente accentuata per programmi con un budget limitato come l'assistenza per l'abitazione, che può servire solo parte della popolazione che ne avrebbe diritto.

I politici che tentano di applicare questi quattro criteri si imbattono nel problema fondamentale che ci sono molte contraddizioni tra questi criteri, per esempio i programmi che abbiano come obiettivo un gruppo di popolazione ad alto rischio, possono incrementare l'efficienza ma, come discuteremo, aumentano la preoccupazione circa sia l'equità che l'incentivo perverso che possono determinare.

Anche il dilemma attuale se dare benefici in aiuti economici diretti o in specifici servizi (cure sanitarie, alimenti, ecc.) sottolinea le potenziali contraddizioni tra criterio di efficienza e criterio di incentivo. Tuttavia, nonostante le limitazioni di questi quattro criteri, l'attenzione a questi è importante poiché riflette le considerazioni sociali nel portare avanti programmi per i bambini poveri e poiché i programmi che combinano queste caratteristiche potrebbero aiutare i bambini più efficacemente nel lungo termine.

2. Misurare i benefici dei Programmi

Misurare gli effetti dei programmi contro la povertà non è semplice. Le famiglie povere possono essere svantaggiate in molti aspetti (basso reddito, bassi livelli di educazione tra gli adulti, scarsa salute fisica e mentale), ed è possibile che un programma possa aumentare il benessere di un bambino e tuttavia lasciarlo in condizioni difficili per altri problemi.

Per questo, e per valutare accuratamente gli effetti dei programmi contro la povertà nei bambini, sono necessari ulteriori studi che controllino le differenze nell'ambiente e le caratteristiche dei partecipanti e non partecipanti.

3. Che cosa è conosciuto circa i Programmi per i bambini poveri

Contrariamente all'opinione pubblica che ritiene i programmi pubblici per i bambini poveri non utili, alcuni programmi hanno prodotto e producono importanti benefici. Tuttavia non tutti i programmi sono ugualmente efficaci, e i benefici non sono equamente distribuiti tra i gruppi etnici e razziali.

3.1. I programmi di trasferimento in denaro
Sono quelli che provvedono ad un reddito aggiuntivo per le famiglie povere da spendere come esse ritengono meglio (Cash Program 75 bilioni di dollari, 9.3 milioni di bambini e 13.6 milioni di individui in totale). Fino a poco tempo fa, i due maggiori programmi federali di aiuto di questo tipo sono stati: l'aiuto alle famiglie con figli dipendenti (AFDC) comunemente chiamato "welfare" e il reddito integrativo da sgravi fiscali (*Earned Income Tax Credit*: 22.2 MLD di dollari per 17.4 milioni di famiglie). Tuttavia, come risultato dell'Atto di Riconciliazione sulla Responsabilità Personale e sull'Opportunità di Lavoro del 1996, l'AFDC è stato rimpiazzato dall'Assistenza temporanea per le famiglie in stato di necessità, un nuovo programma di assistenza di tipo economico.

3.1.1. Effetti dei programmi di trasferimento in denaro

L'effetto più positivo dei programmi in cash è la loro potenziale efficacia, i poveri che lo ricevono possono spendere i soldi come ritengono opportuno, per cui possono fornire benefici diretti ai bambini più che provvedere a specifici servizi che possono essere meno importanti per un particolare bambino.

D'altronde i Cash program con reddito garantito, come l'AFDC possono avere un effetto incentivante negativo sulla gente, spingendola a non lavorare e a dipendere dal programma. I bambini con madri dipendenti dal welfare, per esempio, diventano a loro volta più facilmente welfare-dipendenti, portando ad una trasmissione intergenerazionale della povertà e dipendenza dal welfare. Il fatto che i figli di genitori-AFDC siano più facilmente a loro volta madri-AFDC è ben stabilito, ma il dibattito maggiore è stato centrato sul ruolo causale dell'AFDC e non invece sul fatto che i figli dei poveri diventano più facilmente essi stessi poveri. Il consenso emergente tra i ricercatori è che l'AFDC può causare dipendenza ma che gli effetti sono piccoli e certamente non sufficienti a spiegare molto dell'incremento nel tempo degli individui AFDC-dipendenti. Anche gli aspetti dell'equità hanno contribuito alla impopolarità dei programmi AFDC. In un'era in cui molte madri giovani lavorano, è visto come non giusto il fatto che molte di queste donne lavoratrici che pagano le tasse debbano supportare il welfare delle madri che

vivono a casa con i loro figli. È stato anche sottolineato che le madri che lavorano con qualifiche basse, molto frequentemente riducono la loro formazione lavoro così come le cure ai loro figli e l'accesso alle cure sanitarie; tutto ciò può avere costi sociali ben più alti del tradizionale welfare. Pochi studi hanno analizzato i programmi di trasferimento di reddito come investimento. Gli studi effettuati suggeriscono tuttavia che il relativamente ampio trasferimento in denaro fatto alle famiglie nel periodo 1968-1974 ha avuto effetti positivi sullo stato nutrizionale e sui risultati educativi dei bambini nelle famiglie povere.

4. Programmi di aiuto attraverso i servizi (In-Kind Programs)

Negli anni recenti una più larga proporzione di benefici per i bambini poveri è stato procurato in servizi piuttosto che in soldi. I programmi in servizi tentano di provvedere direttamente alle necessità di base dei bambini: case decenti, cibo, cure mediche, educazione precoce. Molti programmi procurano benefici direttamente ai bambini (per es. merenda a scuola), bypassando virtualmente i genitori. Queste caratteristiche possono dar conto della crescente popolarità di questi programmi. La valutazione di questi programmi è più agevole poiché è più semplice analizzare quanto il programma ha effetto sullo specifico bambino e sulle sue specifiche necessità per cui è stato inserito nel programma. I principali programmi di questo tipo negli USA riguardano gli alloggi, la nutrizione, le cure mediche, l'educazione.

4.1. Programmi per gli alloggi

Per gli alloggi (Housing-Assistance) sono stati stanziati 23.7 MLD di dollari per 5.8 milioni di individui. Dal 1980, molte nuove assegnazioni di case per i poveri sono state fatte con programmi di assistenza all'affitto, piuttosto che con la costruzione di case pubbliche a fitto basso. L'assistenza all'affitto tipicamente paga la differenza tra l'affitto di mercato stabilito dal Dipartimento per l'Abitazione e lo Sviluppo Urbano ed il 30% del reddito familiare. Questo sistema crea però ingiustizie: le famiglie fortunate ricevono larghi benefici

mentre altre famiglie in circostanze finanziarie simili non ricevono nulla, d'altra parte gli sforzi per far sì che il programma aiuti le famiglie con maggiori bisogni può creare incentivi perversi. Progetti di case pubbliche come il Chicago's Cabrini-Greene e il Rober Taylor House (ora in lista per la demolizione) hanno una terribile reputazione. Ciascun positivo effetto (avere un'abitazione migliore) sul bambino è compensato ampiamente dalle caratteristiche negative del quartiere.

4.2. Programmi di nutrizione

Per la School Nutrition sono stati stanziati 6.5 MLD di dollari per 49.4 milioni di persone. Diversi grandi programmi, provvedono all'assistenza nutrizionale per i bambini poveri, e rappresentano un potenziale importante investimento, non solo per la salute ma anche per lo sviluppo cognitivo dei bambini. Il *Food Stamp Program (FSP)* (25.7 MLD di dollari per 26.6 milioni di individui) provvede buoni che possono essere utilizzati per acquistare tutti i cibi tranne alcool, tabacco e cibi pronti (intesi per il consumo immediato); tra i programmi nutrizionali è quello più vicino ai programmi di aiuto per cash. La valutazione ha consistentemente dimostrato che il programma può aumentare le spese per il cibo. Il programma speciale per il supplemento di cibo per donne, lattanti e bambini (*WIC*) stanziava 3.5 MLD di dollari per 6.9 milioni di individui e provvede ad una consulenza nutrizionale ed a supplementi nutrizionali alle donne in gravidanza ed in allattamento ed ai loro figli, così come ai bambini con basso reddito fino a cinque anni. Il programma è molto piccolo e più restrittivo del Food Stamp Program. Tutti i partecipanti devono avere una certificazione di rischio nutrizionale (stato nutrizionale/condizioni di salute/predisposizione), ed il tipo e la quantità di cibo deve essere controllato. Molti studi dimostrano che il *WIC* ha effetti positivi sull'accesso alle cure prenatali e sugli indicatori di salute, compresa l'incidenza di basso peso alla nascita, l'età gestazionale e la mortalità infantile. Uno studio che esamina gli effetti del *WIC* sui costi del Medicaid, conclude che il *WIC* è un buon investimento. Diversi studi hanno anche dimostrato effetti positivi sullo stato nutrizionale dei bambini più grandi dovuti al *WIC*: più drammaticamente, uno studio del Center of Disease Control ha dimostrato che la percentuale di bambini anemici è

diminuita di più della metà per effetto del programma (2). Il governo federale supporta sei altri programmi che prevedono supplementi alimentari al pasto o mensili destinati ai bambini con basso reddito. Il più ampio è il *National School Lunch Program (NSLP)*, che provvede ad un rimborso alle scuole per i pasti forniti. I pasti scolastici sono dati gratuitamente ai bambini con reddito familiare inferiore al 130% della linea di povertà federale. Più recenti studi mostrano non solo più alte assunzioni di molti nutrienti tra i partecipanti ma anche più alte assunzioni di grassi e colesterolo. Una delle ragioni è che i programmi nutrizionali per le scuole utilizzano i prodotti in surplus dell'agricoltura quali formaggio e latte intero, che sono ricchi di grassi e colesterolo.

4.3. Programmi di assistenza sanitaria

Il Medicaid (111.2 MLD di dollari per 17.2 milioni di bambini e 35.1 milioni di individui in totale) rappresenta il principale programma pubblico di copertura assicurativa per le donne povere ed i bambini. Si tratta di un programma federale amministrato a livello dei vari stati. Il programma ha mostrato di avere un effetto positivo significativo nell'accesso alle cure sanitarie. Al momento, per mandato federale, tutte le donne in gravidanza ed i bambini fino all'età di sei anni in famiglie con reddito inferiore al 135% del livello di povertà federale, sono selezionati per il Medicaid. È anche stabilita una selezione obbligatoria per i bambini in famiglie povere che hanno meno di 19 anni e sono nati dopo il 30.09.83. I bambini tra 6 e 13 anni ricevono già la copertura. Molte adolescenti sono già coperte dal Medicaid in un certo numero di stati così come i bambini piccoli e le donne in gravidanza in famiglie con reddito molto al di sotto del livello di povertà. Un incremento del punteggio del 30% nella eleggibilità delle donne in gravidanza è associata con una riduzione dell'8.5% della mortalità infantile, che significa circa 3.500 morti infantili in meno all'anno. Tra i bambini di età 1-14, diventare eleggibili al Medicaid riduce la probabilità di morte di circa 1.500 per anno.

4.4 Programmi di educazione precoce

L'*Head Start* (3.5 MLD di dollari, 0.8 milioni di persone) è un programma misto federale-statale studiato per migliorare le abilità dei bambini poveri in età prescolare.

Il programma gode di un largo finanziamento per un lungo periodo e le valutazioni hanno mostrato che il programma ha effetti duraturi a breve termine. Ci sono controverse, tuttavia, circa l'effetto a lungo termine.

5. Come bisogna scegliere?

Molte questioni circa la valutazione di programmi per i bambini poveri e le famiglie rimangono da essere risolte. Primo, sebbene gli studi descritti formano un coerente corpo di ricerca, molti soffrono di problemi di misura. Poco è conosciuto circa i costi comparativi dei programmi di cash e quelli per servizi. Poco è conosciuto sugli effetti dei programmi in relazione alla durata della povertà o della possibilità nella selezione dei bambini in base a criteri diversi dal reddito. Un importante tipo di effetto incentivo che ha ricevuto poca attenzione riguarda la possibilità che un programma incentivi le persone a partecipare ad un altro programma, moltiplicando quindi costi e dipendenza. *Ci sono invece poche evidenze che i programmi con cash siano efficaci a migliorare gli outcome infantili. Al contrario maggiori sono le evidenze per i programmi per servizi.* Mentre la maggior parte dei programmi ha l'obiettivo di ridurre la disuguaglianza sociale puntando a che ogni bambino abbia la stessa linea di partenza, molti dei programmi per servizi sono ingiusti orizzontalmente perché sono destinati solo ad una parte della popolazione eleggibile.

Infine, c'è poco accordo circa il peso che la società deve assegnare ai vari tipi di outcome. Sono l'educazione dei bambini, la salute, e lo star bene importanti per l'amore che la società ha per i bambini o solo perché il miglioramento degli outcome in queste aree è legato al miglioramento della capacità di guadagno futuro, del reddito nazionale, e quindi del ritorno fiscale? Questa è un'importante questione per i politici per distruggere o creare un efficace ed equilibrato sistema di Welfare per le famiglie ed i bambini del 21° secolo. ■

Bibliografia

- 1) Janet M. Currie Choosing among alternative Programs for Poor Children. *The Future of Children, Children and Poverty*, 1997;7:2
- 2) Center for Disease Control, Public Health Service. CDC analysis of nutritional indices for selected WIC participants. FNS-176. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 1978

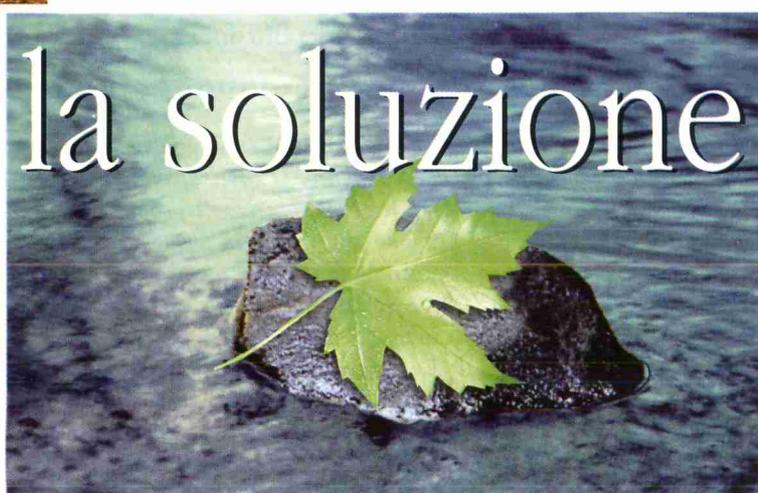
INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio

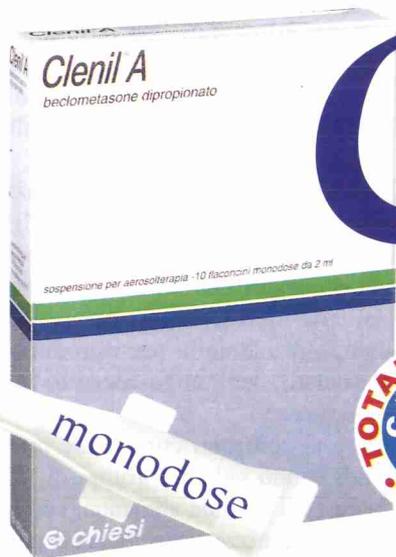


riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

la soluzione



Depositato Min. San. in data 25/2/98



Clenil[®] A

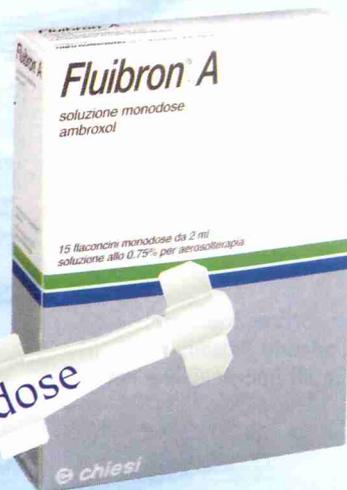
beclometasone dipropionato



...e

Fluibron A

ambroxol



 **chiesi**

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

I nuovi latti formulati addizionati di Polinsaturi a catena lunga

Giancarlo Biasini

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 50-51

Lo studio dei vantaggi biologici dei latti addizionati di Polinsaturi a catena lunga sconta molte inconsistenze, ma sembra dimostrare che i vantaggi esistono per i prematuri soltanto.

Le ditte di latti hanno guerreggiato un tempo con i PUFA (*Polysaturated Fatty Acids, acidi grassi essenziali polinsaturi*). Precisamente con due a 18 atomi di carbonio: l'alfalinolenico (ALA, un tempo detto omega tre ed ora 18:3n-3) e il linoleico (LA, un tempo detto omega sei ed ora 18:2n-6).

Le ditte di latti ritenevano con ciò di essere molto vicine, quasi arrivate, al latte ideale - maternizzato - perché i bambini con quei latti crescevano (di peso) bene come al seno. Ora l'attenzione è rivolta agli acidi grassi a lunga catena (LCPUFA) perché si è visto che questi nel latte materno ci sono e nel latte aggiunto di soli PUFA no: un articolo comparso su *Acta Paediatrica 1998;87:1017* consente un chiarimento sui dati a disposizione. Gli acidi a 18 atomi sono potenziati, nella loro attività, dalla loro trasformazione (per allungamento della catena ed aggiunta di doppi legami nei perossisomi) in acidi a 20 atomi e 22 atomi di carbonio; in tal modo diventano precursori di sostanze ad attività di tipo ormonale: gli eicosanoidi. Di grande importanza durante l'infanzia sono l'acido docosoesanoico (DHA: 22:6n-3) e quello arachidonico (AA: 20:4n-6). Questione di rilievo è sapere se il bambino può fornirsi di quantità sufficienti di LCPUFA partendo dai PUFA del latte artificiale o se gli si devono dare in aggiunta i LCPUFA stessi. Perché, con ogni evidenza, il bambino allattato con latte formulato tradizionale, quello già chiamato maternizzato, è costretto ad un lavoro enzimatico (della elongasi e della desaturasi) in più di quello che compie un lattante al seno. La dimostrazione biochimica che i livelli di LCPUFA sono più alti nelle cellule di bambini nutriti con latte materno rispetto a quelli degli alimentati con i vecchi latti addizionati di 18 omega 3 e 6 è stata data

inequivocabilmente. L'aumento di ALA nel latte artificiale non riesce ad aumentare i livelli di LCPUFA a dimostrazione del fatto che la sintesi dei LCPUFA non dipende dalla quantità dei PUFA. Sono stati condotti studi per controllare se, oltre agli aumentati livelli di LCPUFA nei tessuti (che di per sé dicono poco), ci sia qualche altro vantaggio biologico ad alimentarsi con questi elementi nutritivi. Sei studi randomizzati negli ultimi anni hanno confrontato le abilità visive di lattanti alimentati con latti contenenti PUFA (i latti cosiddetti maternizzati di qualche anno fa) e lattanti alimentati con latte materno. Tre studi hanno dimostrato maggiori abilità visive e più alta concentrazione cellulare di LCPUFA dei lattanti al seno; gli altri tre solo maggiori concentrazioni cellulari.

Il volere però ridurre la differenza fra latte materno e artificiale al solo livello dei LCPUFA è straordinariamente riduttivo: non si tiene conto, per fare solo qualche esempio, del ferro biodisponibile, dei nucleotidi (altro campo di battaglia per i produttori di latti formulati), degli oligosaccaridi, dei fattori di crescita ecc.

Oltre ai confronti con il latte materno altri studi hanno valutato gruppi di lattanti prematuri e a termine alimentati con latti cosiddetti maternizzati con PUFA e latti aggiunti di LCPUFA. I risultati possono essere imputati di molte inconsistenze perché i livelli aggiunti di DHA sono troppo diversi (da 36 mg/l a 126 mg/l che corrispondono a 0.10%-0.35% del totale degli acidi grassi!); inoltre la derivazione dei LCPUFA aggiunti può essere molto diversa (olio di pesce, di vegetali, di uova, di alghe geneticamente modificate, di miceti) da caso a caso mentre quella del latte materno, invece, ha una origine unica ed uniforme. Fra l'altro è stato riscon-

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

trato che l'uso dell'olio di pesce può determinare addirittura nei prematuri una crescita più modesta rispetto alla non aggiunta di LCPUFA. L'aggiunta di LCPUFA da uova può determinare una eccessiva aggiunta di fosfati, colina e colesterolo. L'aggiunta di LCPUFA da alghe è stata interdetta dalle autorità europee. Comunque sia, per i prematuri l'aggiunta di LCPUFA determina risultati consistenti. Cinque studi hanno dimostrato effetti sulle capacità visive e sulla funzione retinica.

Gli studi non mancano di difetti e di inconsistenze dovute allo scarso numero di bambini reclutati peraltro tra soggetti che stavano relativamente bene. I neonati a termine sono stati indagati in misura più numerosa sempre per ciò che riguarda la funzione visiva. Le ricerche sono meno unanimi nel riconoscere i benefici dei LCPUFA: ci sono studi che confermano, altri che smentiscono e altri che non rivelano differenze.

Insomma non ci sono dati sicuri. Il vantaggio dell'uso dei latti arricchiti di LCPUFA nei bambini a termine, quindi, fino a quando non ci saranno trial clinici randomizzati più numerosi, non può essere considerato provato.

Per i prematuri, invece, tale uso ha maggiore consistenza anche se l'alimento che a questi bambini dovrebbe essere somministrato con ancora maggiore determinazione è il latte materno. ■

Adesioni alla Rete dei pediatri sentinella

La possibilità di aderire alla Rete dei pediatri sentinella (vedasi *Quaderni acp* 1998;6:22) è posticipata al 30 Agosto 1999.

Chi volesse aderire può inviare il modulo contenuto nel n° 6 di *Quaderni acp* a Michele Gangemi, via Ederle 36-37126 Verona (fax 0458308750). Chi non fosse in possesso del modulo può del pari richiederlo a Michele Gangemi.

I° Convegno nazionale di counselling in ambito sanitario

LA PAROLA E LA CURA

Esperienze di comunicazione e di counselling in ambito sanitario

Torino, 29 e 30 ottobre 1999

VENERDÌ

14.00 Apertura lavori, Interventi autorità, Presentazione del convegno

14.30 *Tavola rotonda*

La cura quotidiana: comunicazione e interventi sanitari sul territorio

dott. Sergio Bernabè (CSERMeG), dott. Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), prof. Luciano Vettore (Università di Verona)

Coordina: Prof. Giorgio Bert

17.00 Interventi liberi e discussione

18.00 Comunicazioni e interventi preordinati

SABATO

09.00 *Tavola rotonda*

Di fronte alla malattia

- La comunicazione di diagnosi (Dante Baronciani, Ospedale di Lecco)

- Il bambino in ospedale

- AIDS: parlare di farmaci (a cura del Gruppo C - Verona)

- Ospedalizzazione a domicilio (Dipartimento di Geriatria Univ. di Torino)

Coordina: prof. Mauro Doglio

11.30 Interventi liberi e discussione

12.15 Comunicazioni e interventi preordinati

14.30 *Tavola rotonda*

Mai più come prima: la comunicazione nei momenti drammatici

- Il trapianto di organi

- Dopo il trauma: parlare alla vittima e ai suoi familiari (Giuseppe Nardi)

- Violenza sessuale: curare o indagare?

- La fuga e il dolore: curare nei campi di accoglienza per profughi

(a cura della Croce Rossa Italiana)

Coordina: dott.ssa Silvana Quadrino

17.00 Interventi liberi e discussione

18.00 Comunicazioni e interventi preordinati

N.B. I nomi definitivi dei relatori compariranno nel prossimo programma.

Il convegno ha già ottenuto il patrocinio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Torino e dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP).



Informazioni
per genitori
e pazienti

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 52-53

Qualche consiglio per sbagliare di meno? Forse più di un consiglio serve un aiuto per riflettere insieme sulle reazioni dei bambini e sul modo con cui prevenirle. Vi esponiamo qualche suggerimento in undici punti.

Per corrispondenza:
Silvana Quadrino,
E-mail: silqua@ipsnet.it

Qualche consiglio per sbagliare di meno

I genitori si separano... e il pediatra che dice?

Silvana Quadrino

Psicoterapeuta, Società italiana Counselling ad indirizzo sistemico (S.I.C.I.S.)

1. Non ci sono regole di comportamento

Ogni coppia ha una *sua* storia, un *suo* modo di dividere il tempo e le attività con i figli, un suo modo di parlare con i figli. E ogni coppia ha figli che sono diversi dai figli di tutti gli altri.

Per questo, ogni coppia nel periodo che precede e segue una separazione deve trovare il *proprio* modo di comportarsi, coerente con le caratteristiche di vita e di comportamento che ha avuto fino ad allora. I consigli non servono. Serve un aiuto per esaminare ipotesi e possibilità diverse, per riflettere insieme sulle reazioni dei bambini, per andare avanti meglio.

2. Ai bambini servono sia il papà che la mamma

Non servono, invece, un genitore buono e un genitore cattivo, né un padre o una madre che li amano talmente da essere pronti a tutto pur di strapparli all'altro genitore.

Esclusi i casi rarissimi di provata pericolosità di uno dei genitori, la ricerca del miglior accordo possibile per consentire ai figli di mantenere rapporti con entrambi è quanto di meglio si può fare per loro.

Ottenere l'alleanza dei figli contro l'altro genitore, dopo averli convinti che è lui il cattivo, il colpevole, la causa di tutto, non è una vittoria. È una sconfitta.

3. Non troppe parole

Spiegare senza bugie ciò che sta succedendo richiede misura. Le conferenze al vertice convocate con toni ufficiali ("mamma e papà vi devono parlare di una cosa importante") sono imbarazzanti e tensive per i bambini, oltre che sostanzialmente inutili, specialmente se i genitori sperano in questo modo di risolvere tutto in una sola volta: spiegazioni, rassicurazioni, descrizione sdrammatizzante

di quello che succederà "dopo". Sono obiettivi impossibili. Nessuno può dire davvero cosa succederà nei mesi e negli anni successivi alla separazione. Ai bambini servono poche e chiare indicazioni pratiche su cosa sta succedendo e su cosa cambierà *nell'immediato*. Parlare di un futuro troppo lontano, oltre ad essere inutile, non è tranquillizzante e può creare confusione.

4. Rassicurazioni, punto primo

I bambini devono sentirsi dire da entrambi i genitori che ciò che sta accadendo fra papà e mamma (e che i bambini già sospettano, perché hanno sentito litigi, pianti, o almeno una insolita freddezza) *non è colpa loro*: bisogna ricordare che i bambini sono autocentrati, ed è facilissimo che si convincano che il loro comportamento abbia avuto un ruolo determinante nel disaccordo fra i genitori, magari perché li hanno sentiti discutere sul loro comportamento scolastico, o su qualcos'altro che li riguardava.

È indispensabile essere espliciti, e ripetere più di una volta che la separazione di mamma e papà riguarda esclusivamente i grandi.

5. Rassicurazioni, punto secondo

Inoltre, è necessario rassicurare i bambini sul fatto che *papà e mamma continueranno a prendersi cura di loro*, anche se separatamente. Parlare di affetto, spiegare che papà e mamma continueranno a voler bene ai loro bambini non è sufficiente.

Il bisogno di accudimento e la paura di perdere le cure dei genitori è molto forte, e non coincide con il bisogno di amore.

Anche su questo punto, è importante essere espliciti e dare indicazioni (poche e chiare) su come si pensa di impostare la vita per garantire ai bambini le stesse cure di prima.

6. Niente cambiamenti di ruolo

Attenzione a non trasformare i figli in consolatori, sostituti del papà (o della mamma), mediatori, pacieri o spie. In un periodo di cambiamento come quello della separazione è necessario essere molto attenti alle richieste che si fanno ai bambini e al ruolo che si propone loro.

Il modo migliore per evitare confusioni di ruolo è cercare di ricordare sempre *che i bambini sono bambini*: tutti gli altri ruoli che abbiamo enumerato prima (consolatore, mediatore, spia ecc.) sono ruoli da adulti. Ai bambini devono essere risparmiati, anche quando sembra che siano loro stessi a proporsi.

7. Consentire il dolore

Spiegare con chiarezza, rassicurare, garantire le proprie cure non significa ottenere che i bambini non soffrano per un cambiamento così radicale: la perdita dei genitori come coppia, ma anche la rinuncia ad abitudini precedenti ed a certe comodità, la necessità di adattarsi a uno stile di vita nuovo e spesso più scomodo producono emozioni diverse, risentimento, ansia, sconforto, incertezza, rabbia. Non è giusto chiedere ai bambini - implicitamente o esplicitamente - di essere ragionevoli, di capire, di "non fare storie". Ancor peggio, far pesare loro il dolore che provocano ai genitori con la loro sofferenza. Questo significa in sostanza pretendere che i bambini non facciano trasparire il proprio dolore perché i grandi possano non sentirsi in colpa. La cosa migliore è dire al bambino che è comprensibile che si senta così, che si tratta davvero di un'esperienza difficile, che papà e mamma non hanno proprio potuto risparmiargliela ma che capiscono che lui soffre, che sia arrabbiato ecc., e che cercheranno di aiutarlo in tutti i modi a stare un po' meglio.

8. Niente risarcimenti

Il modo per far stare un po' meglio i bambini nelle fasi di separazione dei genitori non è la ricerca di risarcimenti.

La tendenza a diventare più permissivi, a diminuire un po' le richieste può anche avere un senso, purché tutto questo faccia parte di una ricerca di nuove regole, di uno stile di vita più adeguato alla nuova situazione. Se invece le concessioni fanno parte

di una competizione a distanza fra i due genitori per conquistare il titolo di "genitore più buono" (cioè più generoso, più disponibile alle trasgressioni, più disposto a firmare giustificazioni per la scuola o a soddisfare capricci), o se hanno un significato del tipo "poverino, con tutto quello che sta passando", attenzione non sarà poi giusto lamentarsi se i bambini impareranno a "sfruttare la situazione", diventando sempre più esigenti e insofferenti alle limitazioni, e se si abitueranno a recitare la parte della vittima che ha tanto sofferto, parte poco simpatica e soprattutto poco adatta a favorire la ricerca di risorse per fronteggiare le situazioni di difficoltà.

9. Non tutto quello che succede ai bambini è la conseguenza della separazione

Le fasi della separazione hanno certamente ripercussioni sull'umore dei bambini, sul loro comportamento e anche sulla loro salute. Ma da qui a convincersi che ogni mal di pancia, ogni sintomo, ogni brutto voto a scuola siano la *conseguenza diretta* della separazione c'è una bella differenza. Si tratta fra l'altro di una convinzione rischiosa, perché impedisce di fare altre ipotesi, e quindi di trovare soluzioni più valide. Un insuccesso scolastico può anche essere dovuto a qualcosa che sta succedendo a scuola (cambiamenti di insegnanti, difficoltà con i compagni), o a una cattiva organizzazione del tempo. Il mal di pancia può essere dovuto a modificazioni dello stile e dei ritmi alimentari, magari indirettamente legate alla separazione, ma sulle quali si può intervenire. Liquidare tutto quello che accade come dovuto allo stress da separazione è semplicistico e poco costruttivo.

10. Ampliare la rete

Sempre rispettando il modo con cui ciascun bambino si riadatta nella nuova situazione creatasi dopo una separazione, è utile tentare di ampliare la rete delle relazioni (e degli aiuti), contrastando le tendenze eroiche a "farcela da soli". Si può provare a proporre (non imporre) ai bambini nuove attività di tempo libero, cercare di mettere

in atto turni di accompagnamento con altri genitori, favorire attività sportive in cui siano coinvolti adulti significativi (l'allenatore, il direttore sportivo).

È bene comunque in ogni caso evitare di ostacolare la ricerca di nuove figure adulte che molti bambini mettono in atto durante le fasi della separazione dei genitori, legandosi a un insegnante o al genitore di un amico: contrariamente a quanto può sembrare, una rete più ampia di figure adulte permette di attutire il confronto mamma/papà e, in molti casi, di tollerare meglio la comparsa, a fianco dei due genitori, di nuovi personaggi (fidanzati e fidanzate) con cui i bambini dovranno imparare ad entrare in relazione.

11. Le regole per il pediatra

Il pediatra che vuole essere di aiuto in situazioni di questo tipo deve ricordare che:

- il suo paziente è il bambino, ed è per il suo benessere che deve intervenire,
- nessuno (né il pediatra né altri) può consigliare ai genitori in che modo comportarsi: invece dei consigli, si può provare a offrire momenti di ascolto, dicendo però con chiarezza che solo i genitori possono trovare il loro modo di affrontare il problema con i figli,
- le richieste di sostituire i genitori nel compito di parlare ai bambini ("gli parli lei, di lei si fida...") vanno se possibile rifiutate. Si può aiutare i genitori a riflettere su "cosa dire", ma evitando di sostituirsi o di essere troppo direttivi,
- le alleanze sono pericolose: lasciar intendere a uno dei genitori che gli si dà ragione può innescare pericolosi meccanismi di richieste a cui è poi difficile sottrarsi,
- tutte le indicazioni elencate nei 10 punti precedenti possono essere oggetto di discussione con i genitori purché non siano trasformate in prescrizioni: l'intervento di aiuto o di counselling non può basarsi su prediche o indicazioni direttive. ■



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, dell'utilizzo del libro nel consultare la salute del bambino. 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 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

Venerdì 5 Novembre

Sessione mattutina

Moderatore Giancarlo Biasini

- 09.15 Raccontar storie ai bambini (R. Valentino Martelli)
- 09.45 Lettura Pediatria in Europa: la riforma incombe (A. Macfarlane, Oxford)
- 10.30 Forum Proposte per il rinnovamento della formazione curricolare del pediatra (gruppo di lavoro ACP coordinato da P.P. Mastroiacovo)
- 12.30 EBM: evidenze sulla SIDS e comportamento del pediatra (R. Buzzetti)

Sessione pomeridiana

Moderatore Luisa Marolla

- 15.00 Lettura Lattobacilli sì o no (A. Ventura)
- 16.00 Forum Sospetto di abuso e obbligo di segnalazione: come comportarsi (P. Giannino, P. Di Blasio)

Moderatore Nicola D'Andrea

- 17.30 Proposte per l'assistenza al neonato e alla madre nel primo mese di vita (gruppo di lavoro coordinato da G. Rapisardi)
- 18.30 Indicatori di salute nel Distretto (G. Cirillo)

Sabato 6 Novembre

Sessione mattutina

Moderatore Franco Panizon

- 08.30 Lettura Nuovi germi, nuove resistenze, nuovi antibiotici? (B. Assael)
- 09.30 Forum Quali proposte per i reparti pediatrici degli ospedali di rete?
- 11.00 Bisogni speciali Il pediatra e la famiglia del bambino con malformazione congenita (P.P. Mastroiacovo)
- 12.00 Counselling: un caso presentato da un pediatra di famiglia e discusso con S. Quadrino

Sessione pomeridiana

Moderatore Arturo Alberti

- 14.30 Bisogni speciali Le prestazioni speciali dall'ospedale a domicilio: nutrizione speciale e ossigeno (D. Faraguna)
- 15.00 Un pediatra del Sud del mondo: salute del bambino nel Nord-Est brasiliano (R.S. Maggi)
- 16.30 Assemblea dei soci - Elezione per rinnovo cariche consiglio direttivo

Domenica 7 Novembre

Sessione mattutina

Moderatore Carla Berardi, Giorgio Tamburlini

Forum dei gruppi locali

- Introduzione da parte del gruppo di lavoro sulla formazione permanente
 - Introduzione dei responsabili della rete telematica e del sito web ACP
 - Centro per la Salute del Bambino e gruppi locali
 - Presentazione delle attività più significative di ricerca di alcuni gruppi locali
- Discussione

Informazioni e organizzazione:

ACP Umbria e Quickline Trieste tel. 040773737

Quota di partecipazione lire 250.000 (iscritti ACP 200.000) più 50.000 per cena sociale. La quota verrà aumentata del 20% dopo il 20 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*.

Clenil[®]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. Benché 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 sciacquandosi 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 mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasostrizione 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 crasi 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 bibasico 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.

Fluibron A

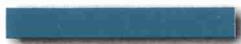
RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

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** Fluibron 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. Fluibron 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 Fluibron 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 Fluibron 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 bronchiolo-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 Fluibron 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 Fluibron 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 Fluibron. Attività mutagena - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. Influenza sui vari organi ed apparati - Si è dimostrato che Fluibron 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., Fluibron 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 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 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.

 **chiesi** GROUP



Saper fare



Orientamenti pratici per i test cutanei nelle reazioni da farmaci

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 4: 56-58

Redazionale

Alcune recenti revisioni del problema ci forniscono più precise indicazioni circa le procedure per porre diagnosi di reazioni ai farmaci mediante test cutanei.

Le reazioni avverse da farmaci sono comuni sia nei bambini ricoverati che in quelli ambulatoriali. La pelle è sede di queste reazioni, che causano in ogni caso problemi fastidiosi, ma non sempre gravi e quindi da indagare, nel 30% dei casi. Le reazioni avverse causano anche problemi nella gestione del malato perché non si sa con quale farmaco, e con quale sicurezza, sostituire quello incolpato. Il problema dell'identificazione dell'agente causale è sempre difficile; le reazioni avverse poi possono derivare da sovradosaggio, da dosaggio normale, da un effetto indiretto di metaboliti del farmaco, da interazioni fra farmaci. Le reazioni possono poi avvenire allo stesso modo in tutta la popolazione o possono essere reazioni di ipersensibilità che capitano in individui particolari. Le modalità per identificare il farmaco colpevole sono difficili ed incerte. Ciò specialmente quando il bambino sta prendendo più farmaci. Si potrà provare ad operare secondo passi successivi (1).

Primo passo

Si devono attivare prima di tutto, e con pazienza, i mezzi clinici che sono: una storia accurata del tempo d'inizio della lesione e dei rapporti fra questo inizio ed il tempo di somministrazione dei farmaci, la definizione clinica precisa della eruzione (orticaria, angioedema, reazione eczematiforme, vasculite ecc.), la conoscenza della farmacoepidemiologia delle reazioni avverse del/dei farmaco/i usati. A questo punto se si ritiene di avere identificato il farmaco colpevole lo si sospende. Se si osserva scomparsa della lesione il problema è risolto. Il challenge clinico con il riutilizzo del farmaco è rischioso; lo si deve fare solo quando il farmaco è insostituibile.

Secondo passo

Il passo successivo lo si farà se il primo non ha risolto il problema, ed ovviamente se il problema stesso è un vero problema e non qualche pomfetto sparso ed offensivo solo alla vista della famiglia. Il passo è relativo infatti ai test cutanei di individuazione del farmaco offendentente che è sgradevole per chi lo riceve. Per orientarsi, nella scelta dei test, è bene ricordare che la maggior parte delle reazioni cutanee è da ricondurre alle reazioni di Gell e Coombs tipo I e tipo IV più raramente di tipo III.

Così orticaria ed angioedema sono espressione del tipo I che è mediato, come noto, dalla *IgE*. Questo è il meccanismo offendentente specialmente delle Penicilline e degli altri Betalattamici. Le comuni reazioni maculopapulari e morbilliformi, le meno comuni reazioni eczematose, le lesioni "fisse", le severe reazioni eritrodermiche esfoliative, l'eritema multiforme, la Stevens Johnson, la necrolisi tossica sono invece tutte reazioni di tipo IV mediate dalle *cellule T*. Le reazioni con aspetto vasculitico sono invece con ogni probabilità di tipo III cioè mediate da *immuno-complexi*. Per le reazioni di tipo IV vi è una marcata tendenza ad utilizzare il patch test per identificare l'agente offendentente. I dermatologi amano molto il patch. Dal punto di vista generale ciò è ragionevole se si pensa che il patch è usato da molto tempo per la diagnosi della allergia da contatto che è tipicamente di tipo IV. La variabilità della sua risposta è comunque altrettanto nota e per la reazione a farmaci si deve tenere conto, e fare presente al testista, che mai questa è una reazione da contatto e che possono essere causa offendentente alcuni metaboliti e non il farmaco così com'è assunto e come lo si utilizza nel patch. Recentemente Barbaud et al.

1. Denominazione della specialità medicinale

VAXIGRIP® JUNIOR

Vaccino influenzale inattivato preparato con virus frammentati "Split".
Stagione 1998/99

2. Composizione quali-quantitativa

VAXIGRIP® JUNIOR è un vaccino influenzale coltivato in uova, inattivato, costituito da virus frammentati dei ceppi A e B dei myxovirus influenzali. La composizione dei vaccini influenzali è aggiornata ogni anno sulla base delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'emisfero nord e delle decisioni dell'Unione Europea (CPMP).

In accordo con le raccomandazioni e decisioni adottate per la stagione 98/99, ogni dose di 0,25 ml contiene virus frammentati preparati dai seguenti ceppi:

A/Sydney/5/97 (H₃N₂) ceppo equivalente:

(IVR-108) 7,5 µg di HA

A/Beijing/262/95 (H₁N₁) ceppo equivalente:

(X-127) 7,5 µg di HA

B/Beijing/184/93 (B) ceppo equivalente:

(B/Harbin/7/94) 7,5 µg di HA

3. Forma farmaceutica

Sospensione iniettabile.

4. Informazioni cliniche

4.1 Indicazioni terapeutiche

Profilassi dell'influenza, specialmente nei soggetti che corrono un maggiore rischio di complicazioni associate.

4.2 Posologia e modalità di somministrazione

Per i bambini di età compresa tra 6 e 35 mesi: 2 dosi con un mese di intervallo tra la prima dose e la successiva.

L'immunizzazione deve essere effettuata mediante iniezione intramuscolare o sottocutanea profonda nella faccia anterolaterale della coscia.

4.3 Controindicazioni

Ipersensibilità alle uova, alle proteine del pollo o ad ogni altro componente del vaccino.

L'immunizzazione deve essere rimandata nei pazienti con affezioni febbrili o infezione acuta.

4.4 Avvertenze speciali e speciali precauzioni per l'uso

Come per tutti i vaccini iniettabili, un appropriato trattamento e controllo medico devono essere sempre prontamente disponibili nel caso di una rara reazione anafilattica conseguente alla somministrazione del vaccino.

VAXIGRIP® JUNIOR non deve in nessuna circostanza essere somministrato per via intravascolare. La risposta anticorpale può risultare insufficiente in pazienti con immunodeficienza endogena o iatrogena. Il vaccino può contenere quantità residue non dosabili di neomicina.

Usare con cautela nei pazienti con ipersensibilità nota a questo antibiotico.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed interazioni di altro tipo

VAXIGRIP® JUNIOR può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. L'immunizzazione deve però essere effettuata in

arti differenti. Deve essere considerato che la somministrazione contemporanea può intensificare le reazioni avverse.

La risposta immunologica può essere ridotta se il paziente è in trattamento con farmaci immunosoppressori.

In seguito alla vaccinazione influenzale sono stati osservati risultati falsi positivi nei test sierologici per identificare anticorpi verso l'HIV1, l'epatite C e, soprattutto, l'HTLV I mediante il metodo ELISA. La tecnica del Western Blot consente di identificare i falsi risultati. Queste reazioni false positive transitorie potrebbero essere dovute alle IgM di risposta al vaccino.

4.6 Gravidanza ed allattamento

Non pertinente in quanto VAXIGRIP® JUNIOR è destinato all'impiego pediatrico.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari

Non pertinente in quanto VAXIGRIP® JUNIOR è destinato all'impiego pediatrico.



4.8 Effetti indesiderati

Le seguenti reazioni sono le più comuni:

Reazioni locali: arrossamento, gonfiore, dolore, ecchimosi, induramento.

Reazioni sistemiche: febbre, malessere, brividi, stanchezza, cefalea, sudorazione, mialgia, artralgia.

Generalmente questi effetti indesiderati scompaiono senza trattamento dopo 1 o 2 giorni. I seguenti eventi sono osservati raramente: nevralgia, parestesia, convulsioni, trombocitopenia transitoria. Sono state segnalate reazioni allergiche, che in rari casi hanno condotto allo shock.

In casi molto rari sono state segnalate vasculiti con interessamento renale transitorio. Raramente sono stati segnalati disturbi neurologici, quali encefalomielite, nevriti e sindrome di Guillain Barré. Non è stato dimostrato un aumentato rischio di sindrome di Guillain Barré con i vaccini influenzali attualmente utilizzati.

4.9 Sovradosaggio

E' improbabile che il sovradosaggio possa avere alcun effetto indesiderato.

5. Proprietà farmacologiche

5.1 Proprietà farmacodinamiche

La sieroprotezione si ottiene generalmente entro 2 o 3 settimane. La durata dell'immunità postvaccinale è varia-

bile, ma è generalmente compresa tra i 6 e i 12 mesi.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Non applicabile.

5.3 Dati di sicurezza preclinica

Non applicabile.

6. Informazioni farmaceutiche

6.1 Lista degli eccipienti

- Tiomersale

- Soluzione tampone (pH 7.2) a base di:

- Cloruro di sodio

- Cloruro di potassio

- Fosfato disodico diidrato

- Diidrogeno fosfato di potassio

- Acqua per preparazioni iniettabili

- Formaldeide

- 9-Ottossololo

- Residui di lavorazione: neomicina

6.2 Incompatibilità

VAXIGRIP® JUNIOR non deve essere miscelato con altre soluzioni iniettabili.

6.3 Durata di stabilità

La data di scadenza è indicata sull'etichetta e sull'astuccio. La validità è di 12 mesi.

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

VAXIGRIP® JUNIOR deve essere conservato ad una temperatura tra +2°C e +8°C (in frigorifero). Non congelare. Proteggere dalla luce.

6.5 Natura, contenuto del contenitore e prezzo

Sospensione iniettabile da 0,25 ml in siringa pre-riempita (vetro) munita di tappo in elastomero (clorobromobutile). Confezione da 1 siringa.

PREZZO LIT.: 16.900

6.6 Istruzioni per l'uso

Portare VAXIGRIP® JUNIOR a temperatura ambiente prima di iniettarlo. Agitare prima dell'uso

7. Titolare dell'A.I.C.

Pasteur Mérieux MSD S.n.c.

8, Rue Jonas Salk

69367 Lione - Cedex 07 - Francia

Rappresentata in Italia da

Pasteur Mérieux MSD S.p.A.

Via di Villa Troili, 56

00163 - Roma

Produttore

Pasteur Mérieux Sérums & Vaccins

1541, Avenue M. Mérieux

69280 Marcy L'Etoile - Francia

o anche

Pasteur Mérieux Sérums & Vaccins

Parc Industriel D'Incarville

27100 Val De Reuil - Francia

8. Numero di A.I.C.

1 siringa pre-riempita da 0,25 ml AIC N. 026032197

9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione

Settembre 1998

10. Data di approvazione del testo

Settembre 1998



Pasteur Mérieux MSD
i Vaccini per la Vita

(2) hanno portato dei risultati di uno schema d'indagine. Dopo una accurata valutazione clinica per valutare che *un solo* farmaco sia in causa, e che il problema sia consistente, il paziente viene testato con il patch per l'ipotetico farmaco in causa. Se il patch è negativo si fa seguire il prick. Se il prick è negativo si fa seguire un test intradermico sempre con lo stesso farmaco. Le reazioni sono controllate subito e nei giorni seguenti. Nella casistica di Barbaud et al. il 72% dei pazienti studiati diede un risultato positivo al complesso degli esami fatti; il 42% reagì al patch e l'indagine si fermò lì. È chiaro che questa alta positività dipende dalla accurata selezione della casistica. Il problema dell'interpretazione del patch, però, non è automatico. Infatti ci si deve chiedere: la reazione è dovuta ad una vera identificazione dell'agente offendentente? La reazione è dovuta ad un agente capace di dare irritazione? La discriminazione fra le due ipotesi è tutt'altro che facile anche per esperti *patchtisti* perché la standardizzazione della metodica è lontana da una definizione completa che deve tendere ad eliminare i falsi positivi mantenendo la sensibilità del test. Manca infatti una larga applicazione del test nella popolazione generale per una valutazione affidabile della sua specificità (sempre negatività in popolazione sicuramente non allergica). Devono aiutare il testista, nel singolo caso, la morfologia della lesione da patch e la variazione della reattività nel tempo, ma incertezze sui positivi ne rimangono. Il testista, pertanto, deve essere esperto, colto ed affidabile. Il pediatra che richiede un test e che riceve poi una risposta deve comunque ricordare che:

- un test cutaneo, qualunque esso sia, per indagare reazioni a farmaci è un esame sperimentale,
- il test stesso può indurre una ripresa dei sintomi con serie conseguenze,
- la sensibilità del test è bassa,
- un test negativo non risolve comunque il problema se ridare il farmaco. ■

Bibliografia

A. Barbaud, S. Reichert-Penetrat, S. Trechor et al. The use of Skin testing in investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Br J Dermatol* 1998;139:49
 V. Di Leo Skin testing in Systemic cutaneous drug reactions. *Lancet* 1998;352:1488

ACP Umbria - Medico e Bambino

Quindicesime giornate Perugine di aggiornamento in Pediatria di base

Centro Congressi Camera di Commercio
 Perugia 1, 2, 3 ottobre 1999

VENERDÌ

Ore 09.00

- L'uomo e il suo destino *F. Panizon* (Trieste)
- Il gene della felicità *L. Greco* (Napoli)
- Accettare la malattia genica *C. Vullo* (Ferrara)
- Combattere la malattia genica *L.D. Notarangelo* (Padova)

Ore 15.00

- Tra il dire e il fare: serve aggiornarsi? *F. Panizon* (Trieste)
- La terapia del danno neurologico *P. Facchin* (Padova)
- Elogio dei ricostituenti *A. Brunelli* (Cesena)
- I nuovi vaccini *G. Bartolozzi* (Firenze)

SABATO

Ore 09.00

- La responsabilità medico legale in pediatria di base *Benciolini*
- Novità in Pediatria 1999 I° parte *F. Panizon* (Trieste)
- Curare con il veleno: la tossina botulinica *A. Ventura* (Trieste)

Ore 11.30 Gruppi di lavoro

Ore 15.00

- Il calendario chirurgico *L. Messineo* (Trieste)
- La vescica instabile e l'enuresi *L. Peratoner* (Pordenone)

Ore 17.30 Gruppi di lavoro

DOMENICA

Ore 09.00

- Il mito della dieta equilibrata *L. Greco* (Napoli)
- E se fosse una Bartonella? *G. Maggiore* (Pisa)
- La terapia inalatoria *G. Longo* (Trieste)
- Novità in pediatria 1999 II° parte *F. Panizon* (Trieste)

Gruppi di lavoro: Asma e dintorni (*G. Longo*), Gastroenterologia (*G. Maggiore*), Educazione sanitaria in pediatria di base (*P. Facchin*), Chirurgia pediatrica (*L. Messineo*), Enuresi (*L. Peratoner*), L'intestino sano e i suoi capricci (*L. Greco, M. Mayer*), Vaccini (*G. Bartolozzi*)

Segreteria scientifica:

Franco Passalacqua, Perugia - Lucio Piermarini, Terni

Segreteria organizzativa e prenotazioni alberghiere:

QUICKLINE CONGRESSI, via S. Caterina da Siena n° 3 34122 Trieste

Tel. 040/773737-363586 Fax 040/7606590

e-mail: quick@trieste.com



VACCINAZIONI PER
INFANZIA

EuroPhar B. Commerciale

I bambini hanno

bisogno di essere

protetti.



Pasteur Mérieux MSD
i Vaccini per la Vita

Dep. Min. San. 12/01/98



Un senso di sicurezza

In tutti i negozi Prénatal

c'è una linea di prodotti che danno quel senso di sicurezza indispensabile quando il tuo bambino entra nella fase dell'esplorazione: paraspigoli, interfono, barriere e bloccaporte sono oggetti intelligenti studiati per rispondere al suo bisogno di protezione, per aiutarlo a superare eventuali ostacoli e difficoltà, favorendo la sua completa autonomia. In negozio il nostro personale si affiancherà a te per consigliarti, darti informazioni e trasmetterti tutta la sua competenza. Un milione di mamme in Italia si fidano di Prénatal.

PRÉ NA TAL

un progetto
per crescere