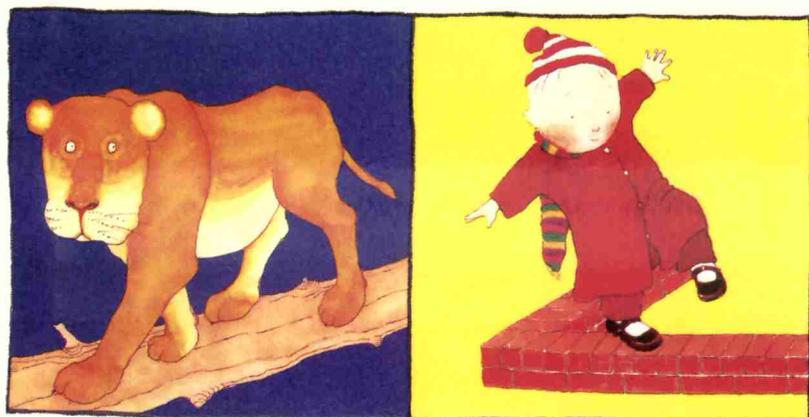


Quaderni acp

www.acp.it

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



Ottobre 1999

*Ricercatori e industria:
cronaca di un rapporto disparitario*

*La vaccinazione antimorbillosa
a Messina fra pediatri e servizi*

*Un affare Lewinski collaterale
con licenziamenti a Jama*

*Il silenzio di Makhmalbaf:
la lezione di un bambino*

*Le domande aperte sulla gestione della
broncopolmonite e della pielonefrite acuta*

*Sostegno alle madri in difficoltà.
Proposta per un patto di cittadinanza*

Tosse o asma?

Una broncopolmonite a 18 mesi? O altro?

Salute, povertà, disuguaglianza

I lattini formulati addizionati di nucleotidi

Come è buono il latte della mamma

Le difficoltà di lettoscrittura, che fare?

edizioni no profit
ACP

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

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

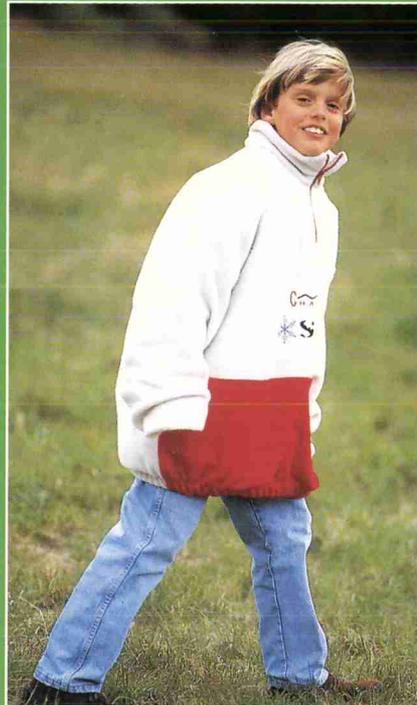
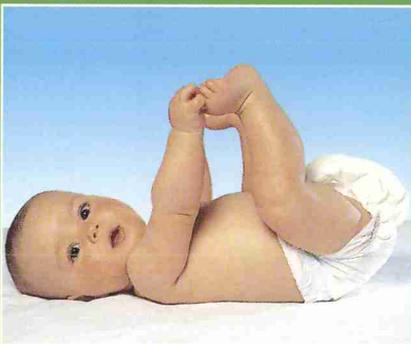
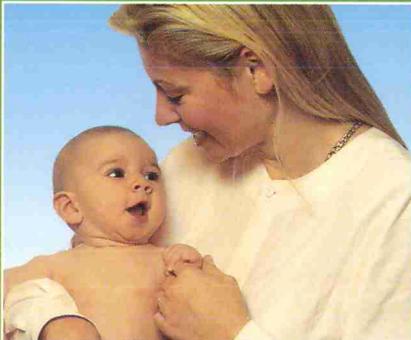
5.7 Posologia e somministrazione. Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, (es. nel poppatoio) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti.

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

HALIBORANGE®

Vitamine A, D e C

Nell'età della crescita



● Haliborange nel periodo della gravidanza

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

● Haliborange nel periodo dell'allattamento

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

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

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

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

Comprese:
25 compresse
Classe C
RR-ricetta medica



Sommario

Quaderni acp

Settembre - Ottobre 1999 vol. VI n° 5

Editoriale

- 6 Ricercatori e industria: cronaca di un rapporto disparitario
Giancarlo Biasini

Congressi controlloce

- 8 Napoli - Politiche per i deboli e non più politiche deboli

Ricerca

- 10 La vaccinazione antimorbillosa:
a Messina fra pediatri e servizi
M.F. Siracusano et al.

Osservatorio Internazionale

- 14 Un affare Lewinski collaterale: licenziamenti a Jama
Maurizio Bonati

Film per ragazzi

- 17 Il silenzio di Makhmalbaf: la lezione di un bambino
Italo Spada

Libri

- 18 Jerone Gardeer, *Cosa c'è dietro le stelle*
18 Francesco Gesualdi, *Manuale per un consumo responsabile*
19 Erina Fazioli Biaggio, *Bambini davanti alla TV*
19 Domenico M. Pisanelli, *Il medico in rete*
19 Aldo Misuraca, Giuseppe Dante, *Le favole del pediatra*

Info

- 20 Percentuali di tagli cesarei per regione
20 Alcuni deficit regionali
20 Gli ospedali delle USL costano meno delle Aziende ospedaliere
20 Sfruttamento del lavoro minorile: a quando le origini?
21 OHIBO: lo xilitolo funziona davvero
21 Lessico poco familiare: ecco il DELISTING!

World-Info

- 22 CEE - Informazioni per cibo sicuro
22 UK - Incidenti, costi ed altro
23 UK - Brevissime da Westminster
23 Italia - Epidemie di Encefalopatia Spongiforme in ovini
23 ONU - Un mondo senza mine?
23 DEMENZIOPOLI - Gli ultimi due Ig.Nobel

Dare i numeri

- 24 Le domande aperte sulla gestione della broncopolmonite
e della pielonefrite acuta
Federico Marchetti et al.

Diritti

- 31 Sostegno alle madri in difficoltà.
Proposta per un patto di cittadinanza
Paolo Siani

Lettere

- 32 Considerazioni sul documento ACP relativo
ai servizi per l'età evolutiva
ACP ABRUZZO
33 Il costo dei lattini
Marta Diminich in Beoulcke
33 La "Idoneità" in Neonatologia
Giuseppe Claps
34 Mercanti e santi
Francesco Ciotti
36 Svezamento scippato
Gianni Tamassia
36 Padova e non Milano
Pietro Labate

Ausili didattici

Leggere e fare

- 38 Tosse o asma?
Lucio Piermarini
39 Quanti e perché? Dormire prona nonostante
la campagna "Back to Sleep"
40 Sordità congenita: diagnosi ovvero
quando la fretta non guasta
40 Vaccino MMR e autismo: nessun rapporto
41 Convulsioni febbrili: non sparate sulla febbre
41 Fimosi: tempi duri per i chirurghi
42 Ancora sulla SIDS: prono il "nero" sta
43 Pertosse: è confermato, bastano tre dosi
43 Se non "fa" il fucile, faccio bum con la bocca!

Il caso che insegna

- 44 Una broncopolmonite a 18 mesi? O altro?
Giovanni Nocerino, Vincenzo Gargiulo

Bambini con bisogni speciali

- 46 Salute, povertà, disuguaglianza
Giorgio Tamburlini

Il punto su

- 50 I lattini formulati addizionati di nucleotidi
Giancarlo Biasini

Saper fare

- 52 Come è buono il latte della mamma
Silvana Quadrino

Aggiornamento avanzato

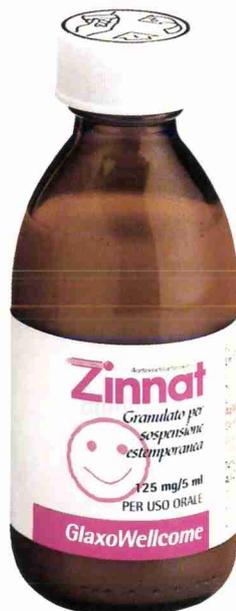
- 56 Le difficoltà di lettoscrittura, che fare?
Giacomo Stella

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

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale

e di ausili didattici a cura della

Associazione Culturale Pediatri

Direttore

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

Responsabile

Franco Dessì
via Montiferru 6
09070 Narbolia (OR).
E-mail: fdessi@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 Nulvi 27, 07100 Sassari
Tel. 0347/7635412
Fax 079/2590021
E-mail: segracp@tisc.it

© Associazione Culturale Pediatri

Acp edizioni No Profit

La rivista è suddivisa
in due sezioni:

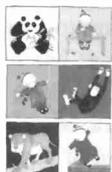
Quaderni e Ausili didattici.

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 Walker Baby Bear" edito da Walker Books. Le altre illustrazioni all'interno



sono tratte da "M a k i n g Faces" di Nick Butterworth edito da Walker 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.

Ricercatori e industria: cronaca di un rapporto disparitario

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 6-7

Vi raccontiamo la storia di Nancy Olivieri, un'ematologa italiana che lavora a Toronto e che ha qualche problema con l'industria del farmaco e con il suo ospedale.

Vogliamo raccontarvi la storia di un conflitto di interesse di grande rilevanza etica e internazionale, ben consci che siamo quasi solo noi, su questa rivista, ad occuparci di questi problemi, mentre tutto il mondo della stampa medica italiana li ignora.

Dopo il caso Bristol ed il caso di Betty Dong versus Knoll (*Quaderni acp* 1998;4:29 e *Quaderni acp* 1997;4:2) ecco il caso di Nancy Olivieri versus Apotex.

L'ematologa di origine italiana Nancy Olivieri ha problemi legali sia con la ditta Apotex che con il suo ospedale: il Toronto Hospital for Sick Children (THSC). Questa la storia: nel 1993 Olivieri progetta un trial per l'Apotex sul deferiprone, un chelante del ferro da sperimentare sui bambini talassemici. Il grosso vantaggio di questo farmaco sulla desferrioxamina è che può essere dato per bocca, mentre la desferrioxamina deve essere somministrata per via parenterale. Il farmaco dovrebbe anche essere abbastanza economico.

L'inizio del trial, si diceva, è del 1993, ma già prima del trial, dal 1989, Olivieri aveva avuto modo di provare il farmaco monitorandone sia l'efficacia chelante, che sembrava buona, che la tossicità sul fegato. Il sovraccarico di ferro di quest'organo sembrava poco controllato, anzi il rischio di fibrosi epatica era alto. Inoltre il farmaco produceva neutropenia nel 10% dei casi. Olivieri, allora, iniziando la sperimentazione, informò di questi possibili effetti sgradevoli pazienti e famiglie.

Apotex, appresa la notizia, sospese la sperimentazione e minacciò di denunciare Olivieri per le notizie date. Il THSC rifiutò di sostenere le spese legali perché la sperimentatrice non aveva comunicato al comitato etico del THSC i dati di tossicità; si era limitata, infatti, a produrre la documentazione della ditta. Il THSC, inoltre, nominò una commissione per avere un giudizio su tutta la faccenda, ma poiché la commissione era presieduta da un professore di un'università che aveva ricevuto dalla Apotex una donazione di 760.000 dollari canadesi, Olivieri ne rifiutò il giudizio. L'affare si imbrogliò ulteriormente quando la dottoressa pubblicò sul *NEJM* (1998;339:417) i suoi dati.

L'Apotex la denunciò perché nel protocollo sottoscritto era contenuta la clausola della non pubblicazione in presenza di dati negativi. La situazione è a questo punto (*Lancet* 1998;352:1996). Il problema che vogliamo sottoporre alla riflessione dei nostri lettori non riguarda, in verità, l'efficacia o meno del farmaco, la reale presenza di effetti secondari o meno. Uno dei problemi è se un ricercatore che è in possesso di dati personali circa un farmaco debba "rivelarli" ai partecipanti ad un trial di volontari o debba attenersi solo a quello che gli viene riferito dalla brochure dell'industria che finanzia la sperimentazione.

La nostra opinione è, naturalmente, che lo sperimentatore debba dire tutto quello che sa e che deriva dalla letteratura e dalla sua esperienza sul farmaco.

Tale non è stata l'opinione del THSC di Toronto il quale ha ritenuto di doversi comportare come se la disputa fra Olivieri e l'Apotex fosse una questione privata fra uno sperimentatore ed un'industria, mentre in realtà l'atteggiamento della sperimentatrice era stato teso a proteggere i "clienti" del THSC a lei affidati per cura. Ma c'è di più: la direzione amministrativa del THSC ha rimosso Olivieri dalla responsabilità di direttore del Programma delle Emoglobinopatie di Toronto, nonostante che i ricercatori di quell'ospedale si siano dichiarati solidali con la collega. Un atteggiamento nettamente padronale e caporalesco ed in spregio all'opinione di

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini,
E-mail: gcbias@tin.it

tutti coloro che fanno ricerca. Purtroppo la comunità dei ricercatori non si è comportata meglio.

Ad un convegno di una società scientifica (*Lancet* 1998;353:771) è stato accettato un rapporto di sperimentazione scritto da autori dipendenti dall'Apotex che riportavano i dati di Olivieri traendo conclusioni opposte a quelle della ricercatrice; ciò senza che Olivieri avesse avuto modo di avere in visione il testo dell'Apotex. Questo stesso episodio si è ripetuto ad un altro meeting in cui i dati di Olivieri sono stati presentati dall'Apotex prima della fine della sperimentazione, quando la ricercatrice era già stata rimossa dallo *steering committee*, e traendo conclusioni prima che i dati venissero analizzati dai ricercatori che li avevano prodotti.

È chiaramente manifesto che si tratta di scorrettezze che la comunità internazionale non può accettare ed invece ha accettato (e forse anche favorito?).

È altrettanto chiaro che, prima di accettare relazioni, comunicazioni, e altro da parte di ricercatori che operano nell'industria, occorre controllare che i dati siano prodotti da loro stessi e non siano invece di provenienza da trial esterni e, se tali sono, occorre controllare che i ricercatori siano a conoscenza dei dati e soprattutto delle conclusioni che l'industria commissionaria riferisce.

L'episodio Olivieri, insomma, fornisce occasione per molte riflessioni anche per noi (forse soprattutto per noi) in Italia. ■



Formare(si) alla ricerca è un investimento

di Maurizio Bonati

Istituto Mario Negri, Milano

Se porsi domande può essere una caratteristica della personalità, prospettare esiti è parte essenziale della medicina e requisito necessario di ogni atto medico. Affinché la risposta sia qualitativamente soddisfacente è però necessario che ogni intervento sia sottoposto ad una continua, sistematica ed accurata valutazione di efficacia ed efficienza. Questo aspetto esclusivo della medicina, quando basata sulle evidenze, tarda ancora ad affermarsi nella coscienza e conoscenza di molti operatori sanitari. La limitata padronanza degli strumenti della valutazione metodologica è certamente imputabile ai gravi ritardi della formazione accademica, ma sono anche da contemplare la ritrosia al confronto ed una certa apatia nell'operare quotidiano. Scarso quindi è il bisogno di ricerca sentito, che è però strumento ed attitudine indispensabile di conoscenza ed è elemento essenziale per armonizzare e migliorare il complesso sistema delle cure primarie a cui afferiscono, oltre a quelle mediche, competenze umanistiche (psicologia, filosofia, etica), sociali (sociologia, antropologia) e gestionali. Partendo da queste considerazioni e ritenendo la *general practice* un luogo naturale di sperimentazione culturale e tecnica per la salute (un laboratorio), è stato programmato e proposto "BELLA: per-Corso di ricerca in Pediatria di base" coordinato dal Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'IRFMN di Milano, sotto l'egida di un Comitato Scientifico (1) e con il riconoscimento della FNOMCeO. Un gruppo di pediatri di famiglia è stato invitato alla pratica della ricerca, attraverso un per-Corso formativo multidisciplinare che avesse una durata sufficiente *per misurarsi con la ricerca nella pratica*. All'iniziativa hanno partecipato ventidue pediatri di famiglia con un'età compresa tra 35 e 46 anni, con 3-18 anni di attività convenzionata, provenienti da undici regioni (2), curiosi di apprendere ed applicare elementi di epidemiologia valutativa; nessuno di essi in precedenza aveva frequentato corsi formali di statistica ed epidemiologia, la conoscenza richiesta della lingua inglese scientifica scritta era elementare. La richiesta di partecipazione è stata superiore all'attesa; si è dovuto quindi procedere ad una selezione. Uno dei criteri utilizzati è stato quello di favorire coppie di pediatri che facessero parte di gruppi culturali già esistenti, affinché dei potenziali esiti ne potesse beneficiare anche il gruppo: un investimento per il futuro. Il per-Corso, della durata di due anni, è stato così articolato: quattro incontri residenziali a cadenza trimestrale della durata di due giorni; definizione collegiale e realizzazione di progetti collaborativi di ricerca; autogestione, guidata e supportata, dello svolgimento dei lavori; presentazione formale (orale e scritta) dei risultati delle ricerche svolte. I partecipanti sono stati coinvolti attivamente ed affiancati da tutor (3) in quattro attività principali:

Letture Sono stati svolti esercizi di lettura impiegando materiale scientifico, divulgativo e letterario segnalato in gran parte distribuito (prima, durante e dopo gli incontri residenziali).

Visione In occasione di alcuni incontri residenziali vi è stata una visione collegiale di film/filmati inerenti i temi affrontati.

Scrittura Esercizi di scrittura (per esempio: riassunti critici di articoli, rapporti degli incontri) hanno caratterizzato tutto il biennio, conclusosi con la stesura di articoli formali.

Orientazione Durante ogni incontro residenziale sono state svolte esercitazioni in biblioteca per il reperimento e la valutazione della letteratura scientifica, sia manualmente che mediante strumenti informatici. È stato utilizzato, e distribuito a ciascun partecipante, il programma informatico EpiInfo, che ha rappresentato lo strumento di base dell'intero per-Corso per l'impostazione informatica di un protocollo di ricerca, la gestione delle schede di rilevazione e dei dati raccolti, e per eseguire le principali analisi statistiche semplici. Durante i quattro incontri residenziali le sedute pratiche sono state focalizzate a rendere i partecipanti familiari con gli strumenti informatici, bibliografici e metodologici (con la garanzia di essere comunque assistiti anche successivamente). Per la formazione teorico-riflessiva i temi multidisciplinari affrontati sono stati:

Informazione ed educazione sanitaria nella pratica quotidiana

Alcuni dei percorsi per informare l'opinione pubblica G. Milano, M. Addis

Comunicazione scientifica in Medicina di Base G. Gaudenzi, D. Coen

Epidemiologia osservazionale G. Tognoni, E. Terzian

I bambini nel cinema G. Bolongaro

Tra economia ed epidemiologia: il ruolo dei pediatri di libera scelta

I bambini come indicatori economici M. Bonati

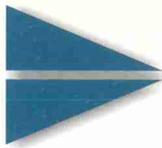
Principi di economia sanitaria per il PdLS M. Brunetti

Dalle evidenze epidemiologiche alle decisioni S. Garattini

Gli studi clinici randomizzati R. Marchioli

Figurazioni dell'infanzia nella musica classica V. F. Joannes

continua a pag. 12



NAPOLI

Politiche per i deboli e non più politiche deboli

Si è svolta a Napoli il 22 e 23 aprile scorso la conferenza nazionale dal titolo impegnativo: "Napoli città sociale: le politiche sociali attive per l'inclusione delle persone e la qualità della vita sostenibile nella città". La conferenza, organizzata dall'Assessorato alla Dignità del Comune di Napoli e dal Ministero della Solidarietà Sociale, nata dalla necessità di una verifica generale sulle politiche sociali finora svolte a Napoli, è stata l'occasione per discutere del welfare municipale futuro e del Piano quadro per le politiche sociali, che secondo l'assessore dovrebbe essere discusso e approvato in Consiglio Comunale. Ha aperto la conferenza l'assessore Incostante che ha tracciato un primo bilancio delle politiche sociali di questi ultimi quattro anni; il bilancio di previsione è passato da 58 miliardi del '94 a 137 del '99. Il bilancio delle politiche sociali del Comune, senza i fondi regionali e statali, rappresenta il 6% del bilancio comunale complessivo, esclusa la spesa per il personale; con i fondi statali e regionali ammonta al 10,4%. Ciò sta ad indicare che circa la metà del budget finanziario è coperto da fondi extracomunali, anche se c'è stato un notevole incremento (300%) dei fondi a disposizione dell'Assessorato. C'è stato inoltre un investimento sul terzo settore no-profit: da 3.000 a 4.000 operatori con un diversificato rapporto di lavoro a seconda delle convenzioni; certamente un dato positivo in una città, Napoli, simbolo della crescente e cronica disoccupazione. La città sociale che Napoli propone si intreccia con quella del lavoro e della cultura e diventa un'occasione per rilanciare un welfare municipale che si saldi con le politiche dell'occupazione e con i temi della stessa sicurezza. In Italia, e nel Mezzogiorno in particolare, le politiche sociali

sono sempre state di tipo assistenzialistico, basate su interventi di tipo economico e centralistico, senza cioè una strategia capace di valorizzare il ruolo delle istituzioni locali. L'obiettivo fondamentale dell'Amministrazione comunale è quello di mettere l'offerta sociale al centro di un grande disegno progettuale, per evitare che le politiche per i deboli siano, nei fatti, politiche deboli. La scommessa è quella di riuscire a mettere al centro dello sviluppo di una città l'economia sociale fatta di nuove produttività, nuove professionalità, nuova formazione, nuova occupazione. La sfida che l'assessore Incostante lancia a se stesso e all'Amministrazione comunale è quella di dotare Napoli di un piano regolatore della solidarietà con la stessa dignità di tutti i piani regolatori. Un piano che sia in grado di dare a chi meno ha e meno chiede, che sia capace di ascoltare le esigenze che vengono dal territorio, di intervenire precocemente laddove c'è il bisogno per spezzare la catena dell'inutile e dannoso assistenzialismo. La ministra Livia Turco, che con entusiasmo ha accolto la proposta napoletana, ha ribadito l'idea che le politiche sociali devono viaggiare di pari passo con quelle dell'urbanistica, della mobilità, delle finanze. È certamente più utile migliorare i trasporti in una grande città che dare un sussidio di 200.000 lire a una famiglia, così come è certamente meglio realizzare spazi attrezzati che favoriscano la socialità che rispondere alla solitudine di un anziano con un misero assegno mensile. Infine il ministro ha affermato che è assurdo che in Italia non ci sia un unico Ministero che si occupi del welfare (come in Francia) e che le competenze siano divise in almeno tre dicasteri: Sanità, Solidarietà, Lavoro.

La sfida è far uscire le politiche sociali dagli assessorati delegati per farle diventare politiche di assetto e di sviluppo delle città. Vorremmo, ha concluso l'assessore Incostante, che tutte le politiche urbanistiche, ambientali, sanitarie, economiche si declinassero rispetto al loro impatto sociale, rispetto al bisogno dei cittadini che con una brutta espressione continuiamo a definire deboli e che invece dovrebbero diventare gli indicatori di qualità di vita delle nostre città. Si dovrà passare

dall'attuale welfare paternalista ad un welfare grande imprenditore collettivo che crei valore aggiunto in termini materiali. Infine l'integrazione socio-sanitaria, che ci riguarda molto da vicino e che vede a Napoli una sperimentazione importante (il progetto adozione sociale) determinerà un sicuro cambiamento nelle politiche sanitarie del nostro Paese che al momento trascurano troppo il territorio a favore dell'ospedale e continuano ad ignorare l'integrazione e il lavoro di rete. Un buon convegno che servirà da stimolo agli operatori che lavorano sul campo a fare meglio ma che da oggi in poi chiederanno agli amministratori i fatti dopo le tante parole. È indubbio che in Italia le politiche sociali stiano facendo passi in avanti notevoli: dopo la conferenza di Firenze, questa di Napoli ne è un altro segnale importante. Vorremmo che anche il comparto sanitario cominciasse a discutere meglio di questi problemi per affrontare in modo nuovo le problematiche delle "fasce deboli".

A Napoli nel 1995 (c'era anche l'assessore Incostante) iniziammo a parlare appena di rischio sociale, di lavoro in rete, di integrazione socio-sanitaria, a Napoli nel 1999 viene proposto un piano regolatore sociale che, se attuato, segnerà una svolta decisiva per le politiche sociali e sanitarie. E non solo per Napoli.

P. S.



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 carbossimetilcellulosa 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 carbossimetilcellulosa 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 carbossimetilcellulosa 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 microorganismi: **gram-negativi aerobi**: Haemophilus influenzae (inclusi i ceppi ampicillino-resistenti); H. parainfluenzae; Moraxella (Branhamella) catarrhalis; Escherichia coli; Klebsiella spp.; Proteus mirabilis; Proteus rettgeri; Providencia spp.; Neisseria gonorrhoeae (inclusi i ceppi penicillina-produttori); **gram-positivi aerobi**: Staphylococcus aureus e Staphylococcus epidermidis (inclusi i ceppi produttori di penicillinasi ma esclusi i ceppi meticillino-resistenti); Streptococcus pyogenes (ed altri streptococchi beta-emolitici); Streptococchi gruppo B (Streptococcus agalactiae); Str. pneumoniae; **batteri anaerobi**: - cocchi gram-positivi e gram-negativi (inclusi Peptococcus spp. e Peptostreptococcus spp.); - bacilli gram-positivi (inclusi Clostridium spp.); - bacilli gram-negativi (inclusi Bacteroides spp. e Fusobacterium spp.); - Propionibacterium spp. Alcuni ceppi di Streptococcus faecalis, Bacteroides fragilis, Serratia spp. Proteus vulgaris, Morganella morganii, Enterobacter spp. e Citrobacter

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

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

Negli animali in esperimento ZINNAT ha dimostrato di possedere una tossicità subacuta e cronica molto limitata. La cefuroxima, nel corso degli studi eseguiti, ha dimostrato di essere priva di attività embriotossica e teratogena. FARMACOCINETICA Dopo somministrazione orale ZINNAT viene assorbito dal tratto gastrointestinale e rapidamente idrolizzato ad opera di esterasi non specifiche nella mucosa intestinale e nel sangue, si libera così cefuroxima in circolo. L'assorbimento ottimale si ha quando il prodotto viene somministrato dopo un pasto. Il picco sierico della cefuroxima si raggiunge dopo circa 2-3 ore dalla somministrazione orale. Il legame sierico-proteico varia dal 33 al 50% a seconda della metodica analitica adottata; l'emivita sierica è di 1-1,5 ore. La cefuroxima non è metabolizzata ed è escreta per filtrazione glomerulare e secrezione tubulare. La somministrazione contemporanea di probenecid aumenta del 50% l'area 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 otorinolaringoiatiche: otiti medie, sinusiti, tonsilliti e faringiti); - infezioni dell'apparato genito-urinario (pielonefriti, cistiti, uretriti); - infezioni della pelle e dei tessuti molli (foruncolosi, piddermiti ed impetigine); - gonorrea (uretrite acuta non complicata e cervicite) come farmaco di seconda scelta. **5.2 Controindicazioni** Ipersensibilità agli antibiotici della classe delle cefalosporine. **5.3 Effetti indesiderati** Reazioni indesiderate a ZINNAT si sono verificate raramente e sono in genere di natura lieve e transitoria. Come con altre cefalosporine, vi sono state rare segnalazioni di eritema multiforme, sindrome di Stevens-Johnson, necrosi epidermica tossica (necrosi essentematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattie da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito; vi sono state segnalazioni di colite pseudomembranosa, che può insorgere durante o dopo il trattamento. Le principali alterazioni dei parametri ematologici segnalate in alcuni pazienti sono state la diminuzione della concentrazione di emoglobina, leucopenia, neutropenia ed eosinofilia. Sebbene si siano verificati aumenti degli enzimi epatici sierici (SGPT SGOT e LDH) e della bilirubina sierica, in particolare in pazienti con preesistenti malattie epatiche, non vi è evidenza di lesività a livello epatico. Si possono presentare variazioni dei test biochimici relativi alla funzionalità renale, ma queste non sembrano rivestire importanza clinica. La funzionalità del rene dovrebbe essere controllata a scopo precauzionale, in presenza di funzionalità renale alterata. E stata segnalata anche cefalea. Sono stati segnalati casi di anemia emolitica in seguito a trattamento con cefalosporine. **5.4 Speciali precauzioni per l'uso** Le cefalosporine, di solito, possono essere somministrate anche ai pazienti ipersensibili alle penicilline, sebbene siano state segnalate reazioni crociate. Va tuttavia posta particolare attenzione nei pazienti con precedenti di reazioni anafilattiche alle penicilline. Come con altri antibiotici, una terapia prolungata con ZINNAT può causare lo sviluppo opportunistico di germi non sensibili (per esempio Candida, enterococchi, Clostridium difficile) che può richiedere l'interruzione del trattamento. **5.5 Uso in caso di gravidanza e di allattamento** Sebbene non esistano prove sperimentali di effetti embriopatici o teratogenici attribuibili a ZINNAT, come per tutti gli altri farmaci, nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo del medico. La cefuroxima è escreta nel latte materno: è necessaria quindi cautela in caso di somministrazione a donne in allattamento. **5.6 Interazioni medicamento-se 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 gola 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

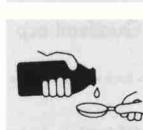
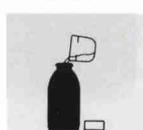
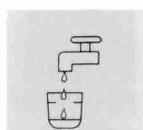
mg) ogni 12 ore. La posologia può variare in rapporto alla gravità del quadro clinico, a giudizio del medico. **Come si prepara la sospensione di Zinnat.** Agitare il flacone prima di aggiungere acqua, per favorire la dispersione del granulato. Riempire con acqua potabile il bicchierino dosatore fino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

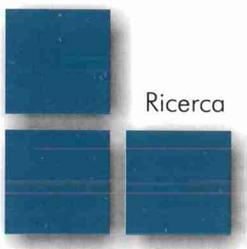
5.8 Sovradosaggio Il sovradosaggio di cefalosporine può causare irritazione cerebrale producendo convulsioni. I livelli sierici della cefuroxima sono ridotti dalla dialisi.

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 dal 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 glicosuria. Si possono osservare interferenze con i metodi basati sulla riduzione del rame (test di Benedict, di Fehling, "Clintest"). 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 confezione 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.





Ricerca

La vaccinazione antimorbillosa a Messina fra pediatri e servizi

Maria Francesca Siracusano*, Sergio Conti Nibali*, Aurora Puliafito**, Angelo Busà***

*Pediatri di famiglia ASL 5 Messina

**Responsabile Ufficio Vaccinazioni ASL 5 Messina

***Laboratorio di Igiene e Profilassi ASL 5 Messina

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 10-12

Obiettivi: Valutare l'efficacia di un programma regionale di offerta attiva gratuita della vaccinazione antimorbillosa in cui i pediatri di famiglia (pdf) vengono affiancati all'Ufficio Vaccinazioni ricevendo il vaccino da somministrare nei propri ambulatori; conoscere le attitudini e le conoscenze dei pdf sullo stato di immunizzazione dei loro pazienti.

Metodo: Studio epidemiologico osservazionale con questionario spedito a tutti i pdf di Messina e provincia e secondo questionario al Responsabile dell'Ufficio vaccinazioni e del Laboratorio di Igiene e Profilassi (ASL 5).

Risultati: Soltanto 20/91 pdf, dieci dei quali avevano aderito al programma regionale, hanno compilato il questionario.

L'offerta attiva gratuita della vaccinazione ha portato la copertura vaccinale dal 9% (1994) al 39.3 (1997). Benché solo 10/91 pdf vaccinino nel loro ambulatorio, la loro attività contribuisce ad 1/3 della copertura dell'intera popolazione nel 1996 ed 1/4 nel 1997. Le risposte al questionario hanno evidenziato una disomogeneità di conoscenze e di comportamenti da tenere soprattutto per quel che riguarda l'evento di una epidemia. Maggiore aggiornamento e impegno da parte dei pdf sembrano necessari, insieme con una più capillare campagna di diffusione e informazione della popolazione per potere raggiungere la copertura del 95%.

Parole chiave: Morbillo, Pediatri di famiglia (pdf), Servizi vaccinali, Copertura vaccinale.

Introduzione

La messa in campo di una strategia vaccinale per la vaccinazione antimorbillosa è inserita nei piani sanitari regionali e la sua realizzazione è affidata alle Aziende Sanitarie Locali. Le più recenti indagini stimano che in Italia la copertura per il morbillo sia intorno al 50% della popolazione target, con una variabilità interregionale tra il 9% e il 53%. È cioè ben lontana dall'obiettivo del 95-100% da raggiungere entro l'anno 2000 (1). La necessità di raggiungere l'obiettivo deriva dal fatto che l'incidenza del morbillo in Italia è stimata, in base ai dati di notifica, in 6.000-38.000 casi/anno di cui il 64% interessa la popolazione pediatrica (2). La Regione Sicilia ha suggerito un programma di offerta attiva gratuita, nel gennaio 1996. Nella circolare attuativa è previsto un protocollo per affiancare ai medici vaccinatori dei Servizi di Igiene Pubblica i pediatri di famiglia, ai quali l'azienda fornisce il vaccino da somministrare nei propri ambulatori. Il pediatra di famiglia è quindi chiamato a svolgere un ruolo importante nel miglioramento della copertura vaccinale:

1. con l'informazione attiva dei propri assistiti,
2. con la vaccinazione diretta dei propri iscritti se ha aderito al programma,
3. con la registrazione dei vaccinati e la segnalazione di reazioni indesiderate.

Obiettivi

Allo scopo di ottenere una prima valutazione di questo percorso è stata avviata un'indagine conoscitiva dei dati in possesso dei pediatri sulla situazione vaccinale dei propri assistiti e la loro attitudine nei confronti della vaccinazione. Gli obiettivi dello studio possono essere sintetizzati in tre punti:

1. Verificare le conoscenze del pediatra di famiglia circa la copertura vaccinale e l'incidenza di morbillo nella propria popolazione di assistiti, le strategie attuabili per migliorare la prima e per affrontare l'evento epidemia, l'attività di educatori e promotori nell'ambito di una strategia regionale che affida loro un ruolo importante.
2. Integrare i dati di copertura degli assistiti dei pediatri con quelli della popolazione target della provincia di Messina in possesso dell'Ufficio Vaccinazioni.
3. Raccogliere notizie sull'attività di promozione, di sorveglianza e di organizzazione della strategia vaccinale e degli interventi in caso di epidemia.

Metodi

Lo studio è di tipo epidemiologico osservazionale e si è svolto nel gennaio 1998. È stato inviato a tutti i pediatri di famiglia della provincia di Messina (ASL 5), un questionario (anonimo) accompagnato da una lettera informativa degli obiettivi della ricerca. Due mesi dopo è stato inviato un sollecito. Il questionario richiedeva informazioni circa l'attività di promozione vaccinale, le segnalazioni di malattia o di reazioni avverse svolta da ciascun pediatra, la copertura vaccinale degli assistiti, le attitudini e conoscenze sulla strategia operativa da mettere in atto in caso di epidemia. Un altro questionario riguardante la copertura vaccinale di tutta la popolazione e i percorsi gestionali dell'azienda è stato inviato ai responsabili dell'Ufficio Vaccinazioni dello stesso territorio. I dati sono stati elaborati utilizzando il software EpiInfo.

Risultati

Hanno partecipato allo studio venti (22%) pediatri dei novantuno della ASL 5; dieci di questi venti appartenevano al gruppo di sedici pediatri che nel 1996 avevano aderito al programma regionale di offerta attiva gratuita. Dall'esame dei questionari si possono trarre alcune conclusioni.

1. Per quanto riguarda l'atteggiamento dei pediatri:

- consigliano la vaccinazione antimorbillosa tutti i pediatri: il 65% in occasione dei bilanci di salute (il 30% utilizza materiale informativo),
- registrano la vaccinazione 18/20 (90%),
- consigliano un richiamo 18/20 (90%),
- ha partecipato a corsi di aggiornamento la metà dei pediatri, ma il 65% vorrebbe essere ulteriormente aggiornato,
- hanno un archivio computerizzato 12/20 (60%).

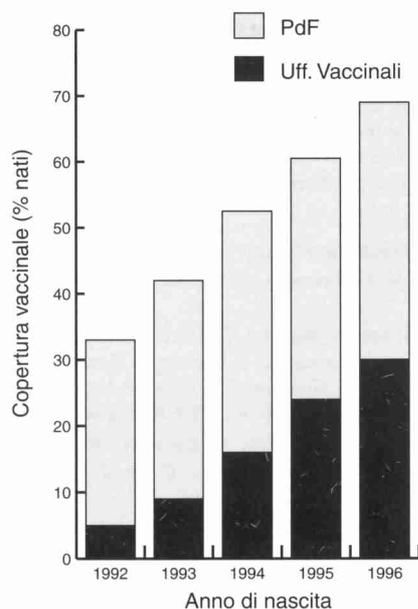
2. Per quanto riguarda la copertura vaccinale la popolazione esaminata è di 2.173 bambini di età compresa tra 1 e 3 anni in carico a quattordici pediatri. In questa popolazione:

- la copertura è del 52.1%, mentre è del 36.2% quella stimata dall'Ufficio Vaccinazioni sull'intera popolazione della stessa fascia di età,

- la copertura vaccinale dei bambini della provincia di Messina nati dal '92 al '96 (*figura 1*) è aumentata dal 28.5 al 40%.

Quest'ultimo incremento è da attribuirsi all'aumentata attività dei servizi vaccinali, che hanno vaccinato il 5.2% dei nati del '92 ed il 30.7% dei nati del '96 ed è attribuibile alla offerta gratuita iniziata dall'Ufficio Vaccinazioni solo nel corso del '95, mentre in precedenza era svolta dal pediatra di famiglia (*figura 2*) e non era per-

Figura 1. Copertura vaccinale per la vaccinazione antimorbillosa per gli anni 1992-1996 nella provincia di Messina



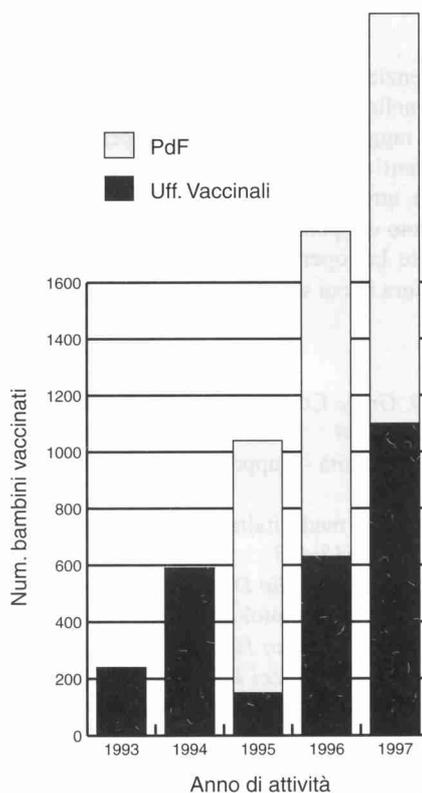
ciò gratuita. Per questi motivi le *figura 1* e *2* fanno dunque rilevare una minore attività vaccinale dei pediatri ed una maggiore attività dei servizi sia in termini assoluti che percentuali.

Nella copertura vaccinale influiscono però anche motivi organizzativi. Infatti nello stesso periodo di tempo (1992-1995), la vaccinazione antipertosse, anch'essa offerta gratuitamente nell'ambito del medesimo progetto regionale con l'adesione degli stessi pediatri, ha visto incrementare la copertura (3 dosi somministrate) dal 41% del '94 all'80.7% del '96: molto al disopra del risultato ottenuto per l'antimorbillosa. Questo probabilmente perché la vaccinazione antipertosse viene somministrata assieme alle obbligatorie e questa facilitazione favorisce una maggiore copertura. La vaccinazione antimorbillosa, richiedendo una diversa seduta vaccinale, necessita invece di una promozione specifica da parte degli addetti (pediatri e medici vaccinatori dei servizi).

Tuttavia poiché l'unico obiettivo ragionevolmente perseguibile con una campagna vaccinale è la scomparsa dell'agente patogeno selvaggio (evento ottenibile soltanto con la copertura del 95% della popolazione), è chiaro che vanno ipotizzate strategie più incisive che non la sola offerta gratuita.

Una buona quota della copertura vaccinale globale viene ottenuta dai dieci (dei novantuno) pediatri di famiglia che operano nella provincia di Messina e vaccinano nei loro ambulatori: per i nati

Figura 2. Numero di bambini vaccinati negli anni 1993-1997 nella provincia di Messina



del 1995 questi bambini vaccinati sono 998 su 2.720; per il 1996 1.020 su 2.620.

Questo dato conferma quanto già dimostrato da uno studio di Tozzi (3) per la vaccinazione antipertosse, e cioè che le famiglie richiedono e seguono il consiglio del proprio pediatra prima di effettuare una vaccinazione raccomandata. Pertanto un maggiore impegno da parte dei pediatri di famiglia sembra necessario per dare più forza a questo programma.

3. Per quanto riguarda l'esame delle risposte che riguardavano l'epidemia di morbillo del '97 è stato messo in evidenza che in questa occasione non è stata attuata alcuna strategia di intervento concordata tra pediatri e Servizi. Su questo tema i pediatri chiedono di essere più informati.

4. Per quanto riguarda le notifiche dei casi tutti i venti pediatri hanno curato casi di morbillo, ma solo undici hanno fornito il numero dei bambini affetti (468 di cui 236 notificati da sei pediatri). Sorprende il dato che un così piccolo numero di notifiche costituisca il 63.4% (236/372) di quelle pervenute all'ufficio preposto (durante l'epidemia di morbillo del '97).

Un'ultima considerazione va fatta per quel che riguarda la scarsa adesione sia al programma regionale che allo studio.

La prima può essere attribuita al fatto che molti pediatri ritengono l'attività vaccinale compito dei servizi preposti, la seconda, decisamente inferiore di quella ottenuta da altre ricerche condotte con la richiesta di collaborare con la compilazione di un questionario (4,5,6), e che implicava una partecipazione attiva nel raccogliere e rivedere i dati dei propri assistiti, può essere (forse) attribuita al fatto di avere trovato disponibili solo quei pediatri che possiedono un archivio computerizzato dei propri assistiti.

Conclusioni

Lo studio evidenzia che la sola offerta attiva gratuita, per lo meno come definita nella iniziativa della Regione Sicilia, si è rivelata insufficiente a raggiungere un tasso di copertura adeguato per la vaccinazione antimorbillosa; più incisive strategie operative vanno, pertanto, attuate.

Il coinvolgimento del pediatra di famiglia si è rivelato utile, capace di aumentare la copertura vaccinale, ma insufficiente per lo meno nella misura in cui si è manifestato. ■

Bibliografia

1. M. Bonati, D. Greco Conferenza nazionale di consenso. *Medico e Bambino* 1996;3:168
2. Ministero della Sanità - Rapporto sullo stato sanitario del paese, 1992-1995
3. Tozzi A.E. et al. Le madri italiane e la vaccinazione antipertosse. *Riv Ital Pediatr* 1992;18:433
4. Addis A., Bonati M., Miglio D. et al. Vaccinazioni facoltative in età pediatrica. Studio epidemiologico osservazionale nella medicina di base. *Medico e Bambino* 1993;6:404
5. Vitali Rosati G., Becherucci P. Il ruolo del pediatra di famiglia nelle vaccinazioni. Risultati di uno studio condotto in Toscana. *Medico e Bambino* 1996;7:442
6. Mohn A., Magnanelli A., Cappellacci D. et al. La vaccinazione antimorbillosa. *Quaderni acp* 1997;2:8

segue da pag. 7

Dal curare al prendersi cura: il pediatra di libera scelta ed il bambino con malattia cronica

Un percorso familiare *Una mamma*

Assistenza integrata al bambino con malattia cronica *G. Masera*

Assistenza domiciliare al bambino-paziente cronico *M. Cologna*

Gli studi caso-controllo, gli studi di coorte *C. La Vecchia*

Le immagini della somiglianza *A. Ianniello*

Dal curare al prendersi cura: il pediatra di libera scelta ed il bambino maltrattato e/o vittima di abuso

I contesti e le dinamiche del maltrattamento e dell'abuso nell'infanzia

M. Malacrea

L'approccio al bambino maltrattato *M. R. Giolito*

La funzione dei Servizi Territoriali e delle Associazioni culturali e professionali *G. Biasini*

La medicina basata sulle prove di efficacia *A. Liberati*

A conclusione del primo anno di attività i partecipanti hanno presentato dieci protocolli di potenziali ricerche da svolgere nell'anno successivo. Ciascun protocollo è stato discusso collegialmente e ne è stata valutata la metodologia, la fattibilità, l'interesse (più che la rilevanza), ecc. Cinque protocolli sono stati selezionati ed ottimizzati con il contributo di tutor esterni (4), ed hanno costituito i progetti-esercizi di ricerca realizzati nell'anno successivo, i cui risultati preliminari sono stati presentati nel corso del X Congresso ACP di Taormina:

La copertura vaccinale antimorbillosa della popolazione pediatrica della provincia di Messina.

Il comportamento diagnostico terapeutico del pediatra di base di fronte al bambino con enuresi notturna.

L'obesità nella pratica ambulatoriale pediatrica.

Le richieste di consulenze specialistiche da parte del pediatra di base.

Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base.

Per oltre due anni i partecipanti hanno "subito" un sistematico e cospicuo invio (o distribuzione diretta) di articoli, libri, dischetti, ritagli di giornale, segnalazioni culturali, esercizi da svolgere (5) (vedi *Quaderni acp* 1997;4). Il costo (simbolico) d'iscrizione al per-Corso è stato di 500.000 lire, le spese di viaggio e soggiorno sono state a carico dei partecipanti, ed al termine del biennio è stato distribuito un attestato di partecipazione. "Con il senso del limite" dell'impresa, il per-Corso si conclude ora con la pubblicazione su quattro numeri consecutivi di *Quaderni acp* dei risultati delle ricerche collaborative svolte. In questi anni BELLA ha rappresentato un luogo di incrocio di esperienze, di bisogni culturali e tecnici inevasi, di volontà di riscrivere permanentemente il proprio curriculum. Con la fantasia del passato e la memoria del futuro saranno quindi i partecipanti a BELLA a promuovere nuovi per-Corsi, consapevoli che, come per tutti gli investimenti la rendita non è certa e tanto meno immediata.

1. Del comitato scientifico hanno fatto parte: *G. Biasini, M. Bonati, V. Caimi, D. Coen, M. Gangemi, S. Garattini, G. Masera, E. Parma, G. Tognoni.*

2. Hanno partecipato: *M. Agostini, C. Apicella, R. Arigliani, C. Berardi, S. Bianchi, L. Brivio, R. Cazzaniga, T. Cazzato, S. Conti Nibali, S. Davico, P. Faberi, A. Ferrando, M. Gangemi, L. Lovison, P. Lubrano, F. Matera, A. Nova, S. Pasquato, E. Sala, R. Salinardi, M.F. Siracusano, A. Stazzoni.*

3. I tutor del progetto sono stati: *M. Bonati, C. Bosetti, R. Campi, A. Campomori, N. Casella, P. Impicciatore, C. Pandolfini, V. Pistotti, S. Schiavio.*

4. I tutor esterni che hanno collaborato: *B.M. Assael, R. Bellù, R. Buzzetti, V. Caimi, E. Parma.*

5. La realizzazione dell'iniziativa è stata possibile anche grazie al lavoro di *T. Castoldi, D. Miglio e N. Raschitelli.*

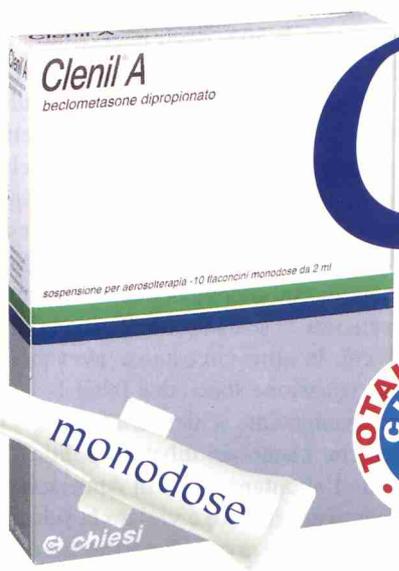
INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

la soluzione



Clenil[®] A

beclometasone dipropionato



...e

Fluibron A

ambroxol



 **chiesi**

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

Un affare Lewinski collaterale: licenziamenti a JAMA

Maurizio Bonati

Istituto "Mario Negri", Milano

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 14-16

Due "licenziamenti" nelle due più prestigiose riviste scientifiche americane. Cosa succede? E perché mai in Italia questi fatti non hanno avuto alcuna risonanza e siamo i soli a parlarne?

La mattina di venerdì 15 gennaio 1999 George Lundberg riceve una telefonata. Il vice-presidente, ma "executive", dell'AMA (American Medical Association) E. Ratcliffe Anderson Jr gli comunica che è stato destituito dalla sua carica di editor-in-chef di JAMA. Illuminato, potente, stimato e temuto direttore responsabile per 17 anni consecutivi Lundberg ha fatto di JAMA un pachiderma editoriale con 15 edizioni internazionali, 750 mila lettori in 150 paesi, ed un fatturato pubblicitario annuale di alcune decine di miliardi di lire (1). La ragione/pretesto del licenziamento di Lundberg è stata la pubblicazione sul numero del 20 gennaio di uno studio condotto dall'Istituto di ricerca su sesso, genere e riproduzione dell'Università dell'Indiana. L'articolo, inviato a JAMA in novembre, riporta i risultati delle interviste condotte nel 1991 (!) a 599 collegiali americani (2). Particolare enfasi viene posta alla domanda "Qualora tu avessi un rapporto oro-genitale riterresti di aver fatto sesso?": il 59% degli intervistati aveva risposto negativamente. Rimandando gli interessati alla lettura dell'articolo originale, ed in particolare alla discussione, continuiamo il racconto della perdita fiducia in Lundberg. Fiducia molto probabilmente persa qualche giorno prima quando (12 Gennaio) Anderson aveva letto il comunicato stampa in cui si annunciava, secondo un'efficace e roduta tattica editoriale, che il numero in stampa sarebbe stato di particolare interesse anche per il dibattito in corso circa le accuse mosse al presidente Clinton ... e aveva deciso di licenziare il direttore. L'aver associato i risultati di uno studio (criticabile, datato, che ha avuto tempi di revisione straordinariamente brevi, ...) alla richiesta di impeachment di Clinton, di cui si doveva decidere proprio in quei giorni, a Lundberg è costato il posto. Il sensazionalismo, la scarsa scientificità, la ricerca sistematica dello scoop, ... tutte quelle "debolezze" che in altre circostanze avevano gratificato Lundberg e JAMA e le casse dell'AMA, in questa occasione sono state fatali.

Tutte le più prestigiose testate scientifiche si sono prontamente schierate a favore di Lundberg: chi sottolineando il peso che anche le riviste mediche hanno nel dibattito politico-sanitario e negli interventi di salute pubblica (3); chi chiedendo l'allontanamento di Anderson dall'AMA, non solo per aver fatto un torto a Lundberg, ma per aver ignorato e violato la fiducia che i lettori, gli autori ed i colleghi ripongono nel comitato editoriale (e quindi nel direttore) di una rivista che assiduamente leggono (4); chi aprendo un'apposita sezione di discussione (5).

La motivazione ufficiale del licenziamento è stata che "con le sue recenti iniziative [Lundberg n.d.r.] ha minacciato la tradizione e l'integrità storiche di JAMA coinvolgendo il giornale in modo inappropriato ed imperdonabile in un importante dibattito politico che nulla ha a che fare con la scienza o la medicina" (6). L'indipendenza della testata è stata minacciata? Assolutamente no, ha detto il comitato editoriale che con un contraddittorio comunicato ha solidarizzato con Lundberg... pur rispettando le decisioni della proprietà! (7). Posizione difficile da spiegare.

È proprio questo ultimo aspetto la ragione vera per interessarsi a questo episodio, fornirne una possibile lettura critica e riflettere sulla sua generalizzabilità. Il problema che si è posto è quello comune a molte iniziative editoriali (cartacee, virtuali, anche nostrane, e anche pediatriche): la difficile e travagliata interazione tra proprietà e comitato editoriale. Che è un altro modo di

Per corrispondenza:
Maurizio Bonati,
E-mail: mother_child@irfmmn.negri.it

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. Benchè CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata 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 mineralcorticoide ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametazone alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametazone 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, Sorbitano 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 richiesto 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 richiesto 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.

GROUP
 chiesi

leggere i termini del rapporto politica/scienza, o le ragioni della finanza (della cassa) e quelle tecnico-metodologico-neutrali della coscienza. Il far coincidere la proprietà con il comitato editoriale risolve solo apparentemente il problema dell'indipendenza. Tornando a JAMA, c'è infine un aspetto importante da sottolineare (aspetto forse non noto alla maggioranza dei lettori non americani ma eticamente importanti): l'American Medical Association (AMA) è un'organizzazione profondamente politicizzata ed il suo "comitato per l'attività politica" dal 1989 ad oggi ha finanziato i candidati al Congresso con 14 milioni di dollari.

Poca cosa rispetto a quanto versato da banche, industrie od organizzazioni sindacali sia ai Repubblicani che ai Democratici, ma elemento utile per meglio comprendere questa vicenda ed i legami "trasparenti" tra politica, finanza ed informazione medica negli USA e forse non solo in USA. Si può quindi concludere, come ha fatto *Prescrire*, (8) che la necessità di indipendenza della stampa in generale, ed in particolare delle riviste biomediche, è diventata ancor più di attualità dopo l'affaire Lewinski-JAMA. Il principio è sicuramente condivisibile, il perseguirlo e realizzarlo è però arduo.

Nel frattempo Lundberg ha lanciato *Medscape General Medicine*, il primo giornale di medicina generale esclusivamente elettronico (www.Medscape.com) (9). Mentre Anderson, che è anche direttore di un ospedale nel Missouri, è stato

costretto dalla sentenza di un giudice a riammettere in organico un radiologo che aveva scorrettamente licenziato ... i vizi non si perdono ed a volte costano, come direbbe anche Bill.

P.S.

Il 26 luglio il Boston Globe ha dato notizia del mancato rinnovo dell'incarico, da parte dell'editore, a Jerome Kassirer, direttore del New England Journal of Medicine (NEJM), rivista della Società Medica del Massachusetts. Kassirer avrebbe rifiutato di usare la rivista per favorire la vendita di prodotti e pubblicazioni non correlate con la funzione del NEJM. Lancet (1999;354:358) commenta che evidentemente Kassirer era "commercially too conservative" per il suo editore, ma non bisogna dimenticare che, sull'affare Lundberg, Kassirer si era molto esposto. Non ci pare che queste cose possano accadere per caso.

Qualche tempo prima il decano della Scuola Medica di Boston, Harrington, si era dimesso dal Comitato delle pubblicazioni della Società Medica del Massachusetts denunciando "spettacolari esempi" di medicina monetaria. Intanto l'editore di JAMA (1999;281:252) ha pensato di correre ai ripari contro iniziative di un singolo e prestigioso direttore mettendoci sopra un "oversight committee" di sette persone. Scommetteremmo che il NEJM farà lo stesso. (Red) ■

Bibliografia

1. M. Bonati Il pesce portalo al cuore *Quaderni acp* 1998;5(4):32
2. S.A. Sanders, J.M. Reinisch Would you say you "Had sex" if? *JAMA* 1999;281:275
3. J.P. Kassirer Should medical journals try to influence political debates? *N Engl J Med* 1999;340:466
4. Horton R. The sacking of JAMA *Lancet* 1999;353:252-253
5. R. Smith The firing of Brother George. *BMJ* 1999;318:210
6. Anderson ER. American Medical Association statement; Jan 15, 1999; Chicago, Ill.
7. JAMA an editorial independence *JAMA* 1999;281:460
8. La Revue *Prescrire*. Le JAMA sombre dans l'affaire Lewinski. *Rev Prescr* 1999;19(193):235
9. J.H. Tanne Former JAMA editor starts electronic journal. *BMJ* 1999;318:1094



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 1999, 13-16 Dicembre 1999, 10-13 Gennaio 2000.
2. Il secondo si terrà a Trieste nelle seguenti date: 16-19 Febbraio 2000, 15-18 Marzo 2000, 12-15 Aprile 2000, 10-13 Maggio 2000. Iscrizioni entro il 31 Dicembre 1999.

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



Il silenzio di Makhmalbaf: la lezione di un bambino

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 17

Cominciamo "con questo numero" la pubblicazione di recensioni di film per ragazzi a cura di Italo Spada responsabile dell'ufficio studi e programmazione del Comitato per la Cinematografia dei ragazzi e titolare del corso di Comunicazione presso l'istituto "Seraficum" di Roma. Spada ha organizzato corsi di educazione audiovisiva, è autore di pubblicazioni su argomenti attinenti tematiche audiovisive. È autore di una "Storia del cinema per ragazzi" di imminente pubblicazione.

Cosa passa nella testa di un bambino cieco? E quali immagini egli vede nel buio della sua esistenza?

Mohsen Makhmalbaf, regista tra i più noti in Iran, ha tentato una sua personale risposta con "Il silenzio", un film che racconta la storia di Khorshid, un ragazzo cieco di dieci anni, che vive da solo con la propria madre in un piccolo villaggio del Tagikistan. Nonostante ciò, egli riesce a crearsi un mondo tutto suo dove sentirsi pienamente felice, ed è un mondo fatto di piccole cose, come il rumore del pane croccante, di cui sa apprezzare ogni minima sfumatura. Tutti i giorni, Nadereh, la piccola protetta del liutaio presso il quale lavora il ragazzo, lo aspetta alla fermata dell'autobus per condurlo con sé fino alla bottega.

Lei è il suo sguardo sul mondo. Khorshid è molto attento ai più piccoli suoni che riesce a percepire: quello dell'acqua, della strada, della collera, della musica, della paura, della bellezza. I rumori della città e della vita guidano il ragazzo, lo trascinano, spesso fino a perderlo; è attraverso la musica del mondo che gli vibra intorno che Khorshid impara a conoscere la vita.

Un giorno, per seguire un musicista girovago che suona molto bene, perde l'orientamento e non raggiunge il posto di lavoro. Il padrone, stanco dei suoi continui ritardi, lo licenzia e Khorshid non può racimolare i soldi per pagare l'affitto. Nonostante l'inevitabile sfratto, l'amore per la musica resta vivo nel ragazzo.

Presentato alla 55ª Mostra internazionale del cinema di Venezia (1998), il film ha ottenuto la "Medaglia d'oro" della Presidenza del Senato, il premio "Arca Cinemavvenire" e il premio "La Navicella".

Tutti questi riconoscimenti, tuttavia, non sono serviti a fare ottenere al film il successo che merita. Rimasto nelle sale pubbliche per poco tempo, "Il silenzio" ritorna ora in

videocassetta e chi ama il cinema non può perdere questa occasione per gustarsi un film fatto di poesia e di tenerezza.

Oltre la critica all'integralismo islamico (Makhmalbaf sostiene che le convinzioni religiose degli iraniani, soprattutto dei più poveri, sono spesso più profonde delle loro convinzioni rivoluzionarie) e l'amarezza per le ostilità che un artista incontra (per la realizzazione del precedente "Pane e fiori" il regista s'è venduto la casa e per sfuggire alla censura e trovare "un mondo pieno di colori e di poesia" adatto a "Il silenzio" si è recato in Tagikistan e ha dovuto lottare persino per impedire il taglio della sequenza del casto e dolcissimo ballo della piccola Nadereh) c'è in questo film la risposta di uno spirito libero. Makhmalbaf, prima di affidare al piccolo Khorshid il suo messaggio, aveva già sperimentato sulla sua pelle l'efficacia della fantasia: quando l'avevano messo in carcere, in una cella che rinchiodava altre quaranta persone, s'era inventato, per sopravvivere, l'isolamento mentale adatto a creare il silenzio.

E, dal silenzio, aveva fatto emergere la musica dell'universo. "Khorshid - egli dice - mi assomiglia; anche lui è vittima di tanti divieti, eppure riesce a crearsi un mondo suo in cui è felice, in cui percepisce il bello e il brutto dei suoni della città e attraverso la musica impara a conoscere la vita. "Ecco, probabilmente, in queste parole del regista c'è tutto il valore di un film che, pur uscendo fuori dal ritmo hollywoodiano (qualche critico lo ha accusato di esasperante lentezza), avvince per la poesia che sprigiona, per l'incanto di certe sequenze, per la dolcezza che i bimbi comunicano. Immagini e suoni utilizzati come terapia; solo che il malato non è solo un bimbo non vedente, ma un'intera generazione di adulti che non capisce la sensibilità dei piccoli, che vede senza osservare, che si crede possidente e in realtà è solo "pezzente" d'affetto. ■

Per corrispondenza:

Italo Spada,

E-mail: italospada@tiscalinet.it

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



“ Hai mai guardato le stelle? Così a lungo da sentirti girare la testa? Cosa c'è laggiù al di là delle stelle più lontane? Cosa c'è al di là di tutto?” Così si conclude la nuova favola (Per grandi? Solo per grandi? Per bambini? Solo per bambini?) scritta da J. Gardeer, uno scrittore norvegese che, là in Norvegia, in dieci anni è diventato uno degli autori più noti e che in alcuni romanzi ha raccontato la nascita della vita, l'evoluzione della specie, la concezione del tempo e così via. Ora, in questo libro, racconta la storia di Lik e di Lak, due bambini e gemelli, mai nati e quindi senza madre e quindi senza ombelico, che vivono in una pianura senza confini e senza tempo, a Sukhavati, dov'è appoggiata la sfera del nostro Universo che contiene la Terra. A Sukhavati vivono solo anche altri due abitanti: lì non c'è il tempo e quindi nessuno dei quattro invecchia e nessuno muore. Che c'entra la Terra in quel mondo? C'entra perché il vecchio Oliver, uno dei quattro, racconta favole imperniate su di essa, i suoi abitanti (uomini, animali, piante), le sue città, i suoi fiumi e le sue montagne. Sono solo invenzioni? Vivono solo nella mente di Oliver? O ci sono realmente? Affascinati dalla favola di Oliver, Lik e Lak partono dentro una sfera di cristallo per vedere la favolosa Terra e la vedono e la vivono esattamente come Oliver l'aveva raccontata. La vivono al punto che quando possono tornare a Sukhavati non lo fanno perché il “tempo”, sconosciuto a Sukhavati, ha il potere di rendere la Terra la cosa più viva e più cangiante che si possa immaginare. Fra l'immortalità fissa ed immutabile ed il destino di morire in un mondo che cambia ad ogni minuto i due piccoli scelgono quest'ultimo, nonostante abbiano sperimentato il pregiudizio dei terreni verso ciò che è diverso e sconosciuto: compreso l'essere senza ombelico.

“Nessuno che sia stato sulla terra può voler far cambio con qualcosa di altro”. Guarderanno i terreni il loro mondo con occhi diversi dopo il “sacrificio” di Lik e Lak che hanno trovato quel mondo tanto divertente da scegliere di starci dentro perdendo il privilegio dell'eternità? È la domanda inespressa di Gardeer.

G.C. B.

Jerome Gardeer *Cosa c'è dietro le stelle* Salani Ed. 1999, pp. 87, Lit. 18.000

Vai al supermercato, prendi un pacchetto di spaghetti e senza volere finisci l'industria degli armamenti perché la multinazionale da cui compri possiede anche delle fabbriche di armi. Oppure acquisti un barattolo di pelati e contribuisce allo sfruttamento dei braccianti africani, perché la multinazionale da cui compri possiede anche delle piantagioni di ananas. In altre parole ogni volta che compri alla cieca puoi trasformarti in un complice di imprese che inquinano, che sfruttano, che evadono le tasse, che maltrattano gli animali o che compiono molti altri misfatti. Ma, se vuoi, il tuo consumo può trasformarsi in un'arma potente per indurre le imprese a comportamenti più corretti da un punto di vista sociale e ambientale. Le strategie si chiamano boicottaggio, consumo critico, commercio equo e solidale, marchi di garanzia e, perché no, sobrietà. Questo libro illustra questi strumenti, uno a uno, affinché tu possa usare il consumo come un'occasione per votare ogni volta che fai la spesa. Ecco alcune domande da porsi rispetto al singolo prodotto. La tecnologia impiegata è ad alto o basso consumo energetico? Quanti e quali veleni sono stati prodotti durante la sua fabbricazione? Quanti ne produrrà durante il suo utilizzo e il suo smaltimento? In quali condizioni di lavoro è stato ottenuto? Che prezzo è stato pagato ai piccoli contadini?

F. D.

Francesco Gesualdi *Manuale per un consumo responsabile* Feltrinelli, 1999, pp. 187, Lit. 22.000

Consigli, regole, strategie per usare la televisione in modo intelligente. “Il televisore è l’elettrodomestico più domestico che ci sia” ha scritto Furio Colombo. Presente in tutte le case, invadente, dominante soprattutto sui bambini. Una sciagura, dunque? Non è detto. Basta saperlo utilizzare con intelligenza. Senza demonizzarlo e anzi trattandolo per quello che potenzialmente è: uno strumento di conoscenza (e di divertimento) straordinario. Per tutta la famiglia.

Questo libro è un aiuto rivolto a genitori e bambini affinché il loro rapporto con la TV sia il più proficuo, maturo e consapevole. È suddiviso in brevi capitoli illustrati che prendono spunto da situazioni quotidiane e familiari diffusissime, per dare esempi concreti, suggerimenti pratici, facili soluzioni. Dove mettere il televisore in casa: in posizione centrale o più appartata (così se lo voglio lo cerco)? Uno in ogni stanza? Quando guardare la TV? Come guardare la TV? E soprattutto cosa guardare alla TV? E ancora, con chi guardare la TV? Accendere la TV per scelta e non per noia: abituare anche i bambini a consultare le guide ai programmi. I cartoni animati vanno sempre bene? E i telegiornali sono adatti a tutti? Una risorsa preziosa: il videoregistratore.

Chi comanda il telecomando, croce e delizia dello zapping? La TV a scuola: educare i bambini alla lettura delle immagini.

F. D.

Erina Fazioli Biaggio *Bambini davanti alla TV* RED Edizioni, 1999, pp. 127, Lit. 24.000

Su Internet si aprono nuovi strumenti di lavoro e di aggiornamento culturale e professionale: la tele-didattica e le pubblicazioni scientifiche on-line, dei quali sarà necessario che il medico che vuole mantenersi informato si appropri in tempi brevi. E ancora: la tele-medicina, l’archiviazione dei casi clinici, strumenti che consentono un risparmio dei tempi di intervento, una migliore fruibilità dell’assistenza medica, una ottimale razionalizzazione delle risorse.

Questo è un libro rivolto ai medici che desiderano muovere i primi passi nella “società dell’informatizzazione”; scritto da un vero esperto, con un linguaggio semplice e di facile comprensione anche per chi non possiede alcuna esperienza specifica, consente al lettore di impossessarsi con rapidità di nozioni a volte anche piuttosto complesse.

Un libro ricco di concetti interessanti che si legge tutto d’un fiato, ma che può essere utilizzato anche come guida pratica, davanti al proprio computer, collegati in rete.

F. D.

Domenico M. Pisanelli *Il medico in rete* Laterza, 1999, pp. 136, Lit. 22.000

“Le favole del pediatra” è una collana di libri in cui attraverso la riscrittura di favole tradizionali si propone un approccio polivalente ad alcune problematiche proprie del periodo infantile e adolescenziale.

Nelle favole si vanno ad evidenziare ed individuare disagi comportamentali affettivi e caratteriali, che sono comuni a molte condizioni infantili come quelle del bambino che ha un cattivo rapporto col cibo, che è affetto da malattia cronica o che è maltrattato o trascurato dai genitori. Oltre alla lettura-racconto, l’autore propone delle schede di psicomotricità elaborate sulle singole favole e prevede la possibilità che le stesse favole vengano rese rappresentabili in spettacoli teatrali fatti dai ragazzi, con l’aiuto di schede tecniche di scenografia, costumi e musica.

Nel primo volume, attraverso le favole: “Perché Cenerentola perse la scarpetta?” e “Chi è la più bella del reame?”, viene trattato il problema della anoressia-bulimia.

F. D.

Aldo Misuraca, Giuseppe Dante *Le favole del pediatra* Adriano Gallina Editore, Napoli, 1998



Percentuale di tagli cesarei per regione

Utilizzando varie fonti abbiamo messo insieme questa tabella che dimostra come l'andamento dei tagli cesarei abbia subito in cinque anni un impressionante andamento in crescita.

Percentuale di tagli cesarei per regione

Regione	1989	1994
Piemonte	14.1	24.8
Valle d'Aosta	15.6	17.5
Lombardia	13.4	19.5
Trentino A.A.	11.8	18.3
Veneto	11.4	20.9
FVG	12.5	17.2
Liguria	14.6	23.3
Emilia Romagna	13.8	23
Toscana	8.4	19
Umbria	13.2	20.7
Marche	12.7	27.2
Lazio	15.6	31.1
Abruzzo	14.2	23.8
Molise	13.2	25.1
Campania	8.5	30.0
Puglia	9.8	25.1
Basilicata	11.3	32.4
Calabria	7.1	24.0
Sicilia	9.4	29.6
Sardegna	5.4	21.8
Italia	11.2	24.9

Alcuni deficit regionali

Pubblichiamo l'andamento dei disavanzi regionali pro capite. Riteniamo che questo dato sia assai più significativo dei disavanzi assoluti per regione che dipendono ovviamente dalla popolazione delle singole regioni. Come si vede rispetto al 1997 il "rientro" più evidente è quello dell'Emilia-Romagna

	1994 preced.	1995	1996	1997	1999
Italia	64.000	25.000	86.000	161.000	143.000
Lombardia	26.000	33.000	93.000	166.000	113.000
Emilia-Romagna	130.000	136.000	203.000	226.000	127.000
Toscana	90.000	80.000	115.000	163.000	199.000
Lazio	161.000	105.000	137.000	230.000	288.000

(Il Sole 24 Ore Sanità: 18-24 maggio 1999)

Gli ospedali delle USL costano meno delle Aziende ospedaliere

Un confronto fra i costi di gestione dei presidi ospedalieri gestiti dalla A.USL e di quelli delle Aziende Ospedaliere (AO) - che rappresentano solo il 18% del totale dei ricoveri - dimostra che i primi sono gestiti con costi molto minori. Non si dimentichi, però, che le seconde ricoverano patologie più complesse delle prime ed è quindi ragionevole che esse abbiano maggiori costi di gestione anche se la differenza ci sembra cospicua. Ecco comunque i numeri (Il Sole 24 Ore Sanità: 5 gennaio 1999).

	Aziende ospedaliere	Aziende USL	Differenza %
Spesa per PL utilizzato	239.000.000	173.000.000	-27.6%
Spesa per giorno degenza	872.000	678.000	-22.3%
Degenza media (gg)	8.9	8.1	
Tasso di utilizzo dei PL	75%	69.8%	
Intervallo di turnover	3.0	3.5	
Indice rotazione	30.8	31.3	

Si ricorda che l'intervallo di turnover segna il numero dei giorni in cui un letto rimane libero fra un ricovero e l'altro e che l'indice di rotazione indica i malati passati per un letto in un anno. Come si vede le differenze fra le strutture sono assai modeste.

Sfruttamento del lavoro minorile: a quando le origini?

Due ricercatori del Museo Archeologico di Chieti hanno ritrovato evidenze di lavoro manuale pesante in scheletri di bambini di giovanissima età (cinque anni circa) risalenti alla popolazione di Ercolano perita nel corso dell'eruzione del Vesuvio nel 79 d.C. (Lancet 1998;352:1634).



OHIBO: lo xilitolo funziona davvero

Ci sono almeno due ricerche (*Pediatrics* 1998;102:879 - *Br Med J* 1996;313:1180) che dimostrano, con discreta solidità, che lo xilitolo come gomma da masticare nei grandetti, e come sciroppo nei più piccoli, diminuisce di circa un terzo l'incidenza dell'otite media, per inibizione della crescita del Pneumococco, e naturalmente limita l'uso di antibiotici.

Nello studio più recente, il dosaggio è di 10 g. al giorno che non dev'essere superato per il rischio di una diarrea osmotica che dovrebbe occorrere con almeno 30 g. L'ipotesi che lo xilitolo funzionasse come gomma perché la masticazione teneva aperta la tuba di Eustachio sembra essere vanificata dall'efficacia anche dello sciroppo. Ci sembra però che ci sia qualche problema: l'incidenza massima dell'otite è fra 6 e 18 mesi mentre gli studi citati si riferiscono a bambini oltre i 2 anni; lo xilitolo viene somministrato 5 volte al giorno che non è proprio il massimo della possibile compliance. Probabilmente il suo uso può per ora essere tentato nelle OMAR.

Lessico poco familiare: ecco il DELISTING!

Un termine nuovo di zecca sta per fare il suo ingresso nel SSN: il DELISTING. Il nuovo termine sta a significare la "declassificazione" che può essere attuata dalla CUF con lo spostamento di gruppi omogenei da una classe all'altra. Se ne sentiva il bisogno. Intanto il numero delle ricette nel 1998 è aumentato misteriosamente del 5% e nel primo semestre del 1999 del 7%. Aumento delle prescrizioni o diminuzione del contenuto delle confezioni?

Questo si chiede *Il Sole 24 Ore Sanità* del 18-24/5/1999.



Parole chiave: Civiltà, Guerra chirurgica, Target

di Salvo Fedele

La guerra in diretta ha sempre avuto un suo fascino. La televisione serba, sin dall'inizio ha negato questo fascino ai telespettatori del mondo. Forse anche per questo è stata punita. Gli italiani hanno trovato però una soluzione alternativa. Abbiamo visto tutti le immagini dei *curiosi* che ammiravano i decolli degli aerei NATO in missione verso la Jugoslavia. La gente era attirata dal naturale schermo tridimensionale offerto per il piacere di tutti gratuitamente. Ora però è ufficiale, quel piacere non era del tutto gratuito, le munizioni che trasportano gli aerei in missione contengono uranio impoverito e l'uranio impoverito utilizzato nel cono dei missili cruise è una fonte di radiazioni beta estremamente pericolosa. Questa volta la notizia è ufficiale: il *Britain's National Radiological Protection Board* la pubblica sul suo sito web: www.nrp.org.uk.

C'è una risoluzione ONU che vieta l'uso di uranio impoverito nelle munizioni (ottobre 1996); la NATO l'ha ignorata consapevole di quel che stava facendo. Cosa ha fatto ce lo spiega bene un rapporto dell'*International Institute of Concern for Public Health, Toronto*. L'uranio impoverito è uno degli elementi più densi esistenti in natura (due volte più denso del piombo); gli esperti militari lo considerano "ideale" per superare difese "impenetrabili" come quelle dei carri armati. Tutte le munizioni caricate sugli aerei NATO sono ormai "corazzate" con uranio impoverito; il problema principale però non è la radioattività emanata dalle munizioni all'uranio, ma la radioattività che si sprigiona dopo le esplosioni. In Serbia la NATO lascerà per molti anni ancora un carico di morti da radiazioni in aggiunta agli "errori" dei bombardamenti chirurgici? Ormai non è più un'ipotesi.

Anche questo è stato un errore inevitabile?

E ai deportati abbiamo consegnato un Kosovo radioattivo?

Ma c'è una notizia che turberà le notti anche dei fautori di questo *inevitabile prezzo* al trionfo della civiltà occidentale. La trascrivo dal rapporto canadese: "*Quando raggiunge l'obiettivo l'uranio impoverito in esso contenuto si trasforma in un aerosol radiattivo molto leggero che può disperdersi in aria per decine di chilometri dal punto di impatto*". È arrivata anche in Italia la polvere radioattiva? E gli altri paesi confinanti con la Serbia pagheranno un prezzo di cui oggi non si parla per le recenti esplosioni? L'impatto ambientale delle esplosioni di munizioni contenenti uranio impoverito è ormai certo. I governi NATO hanno semplicemente censurato la notizia. Solo una minoranza di scienziati e di giornalisti ha cercato di portarla a galla. Un rapporto preliminare dell'ONU (ottobre 1998), che tarda ad essere pubblicato per intero per le ripercussioni di carattere assicurativo che avrà in USA, documenta l'impressionante incidenza di leucemie infantili in IRAQ dopo la guerra del Golfo. Cosa ci riserveranno i prossimi anni? Non ci resta che sperare nelle correnti dell'atmosfera? Il carico radioattivo di questi mesi è andato verso i russi o l'occidente? Lo scopriremo tra qualche anno. Intanto è certo quel che è successo alla gente che si trovava vicino a una esplosione:

"L'aerosol di uranio radiattivo può essere respirato da chiunque: un bambino, una donna in gravidanza, un anziano, un malato. Può poi rimanere nei polmoni per anni irradiando i tessuti vicini con potenti particelle alfa di circa 30 micron di diametro in grado di causare enfisema e fibrosi. La polvere radioattiva può essere anche deglutita e causare danno al tratto gastro-enterico. Col tempo, attraverso il tessuto polmonare, entra nel circolo ematico. Verrà dunque immagazzinato nel rene, nel fegato, nell'osso e in altri tessuti e di nuovo, per anni, irradierà tutti i siti vicini alle localizzazioni in cui si deposita. Potrà danneggiare il sistema immunitario, quello renale e continuare ad essere eliminato per tutta la vita con le urine. Ovviamente potrà essere cancerogeno o aiutare lo sviluppo di tumori iniziati da altri agenti cancerogeni".

Una piccola conferma sempre di questi giorni: i veterani USA che hanno partecipato alla guerra del Golfo continuano ad emettere *dopo sette anni* uranio nelle loro urine; non c'è nessun fenomeno naturale in grado di spiegare questo dato.

CEE

Informazioni per cibo sicuro

Varie Agenzie fra le quali ADN Kronos (18/06/1999) riferiscono le informazioni CEE sui cibi sicuri e le possibili tossicità dopo che il governo francese ha proposto un' Agenzia Mondiale per il Cibo.

Insaccati: contengono nitrati che in eccessiva quantità possono trasformarsi in nitrosamine, sostanze potenzialmente cancerogene.

Pasta e riso: possono contenere residui di pesticidi per i quali sono fissati dei limiti di sicurezza anche se questi sono assai poco fondati su dati evidence based.

Carne bovina e latte: nei paesi europei sono vietati gli ormoni per i bovini; negli USA no. In Europa sono invece permessi gli antibiotici che possono favorire l'insorgenza di resistenze individuali o comunitarie. Nel latte si ritrovano antibiotici e pesticidi.

Il cervello, le tonsille, il midollo, il fegato, la milza, sono provatamente accusati di trasmettere le malattie da Prioni.

Carne di pollame: nei mangimi sono usati pesticidi ed antibiotici.

Carni ovine: negli allevamenti di ovini vengono usati antiparassitari che si ritrovano nella carne, latte, formaggi.

Lo Scrapie, altra infezione da Prioni, viene trasmesso da cervello ed altre carni che possono trasmettere Prioni (vedi sopra).

Carni suine: ai suini vengono somministrati antibiotici (vedi sopra) e cromo come "demolitore" dei lipidi per avere capi più magri; il cromo è accusato di danni al sistema immunitario, anche se mancano evidenze definitive.

Carni di pesce: può essere contaminato dal mercurio; quello di allevamento da tracce di diossina.

Uova: possono essere contaminate da salmonelle ed ultimamente da diossina, sostanza potenzialmente cancerogena specie per sarcomi; i dati di questo effetto sono evidence based sugli animali.

Per parte sua la British Medical Association (BMA) allerta sui possibili rischi associati alla commercializzazione di col-

tivazioni manipolate geneticamente. La BMA sostiene che ad oggi si hanno scarse conoscenze riguardo ai possibili rischi sulla salute e sull'ambiente correlate alla liberazione di geni modificati; e sottolinea la pericolosità dell'utilizzo di coltivazioni che contengono geni di antibiotico-resistenza utilizzati come marker della trasformazione genetica, in quanto potrebbero contribuire alla diffusione di resistenze batteriche.

La BMA sollecita il governo inglese quanto meno a far riportare sulle etichette la presenza di ingredienti modificati geneticamente, in modo che eventuali problemi (anche allergici) possano essere più facilmente individuati e registrati (*Lancet* 1999;353:1769).

The Lancet, la settimana successiva (1999;353:1811), dedica l'editoriale a questo problema; e lo fa senza usare mezze parole. Sebbene l'utilizzo di questa tecnologia sia stato proposto per risolvere i problemi degli scarsi raccolti nei paesi in via di sviluppo, il motivo vero si fonderebbe esclusivamente sul mero profitto economico delle compagnie che lo producono; e perciò non dovremmo neanche sorprenderci troppo se da parte loro è stata posta scarsa attenzione ad eventuali risvolti sulla salute. È scandaloso, viceversa, che la Food and Drug Administration degli USA, a dispetto di buone evidenze che un serio rischio per la salute pubblica potrebbe nascondersi dietro l'utilizzo di tali prodotti, non abbia ritenuto dal 1992 ad oggi di mutare il suo atteggiamento di attesa! Nell'Aprile 1998 uno scienziato del Rowett Research Institute di Aberdeen, Arpad Pusztai, dichiarò alla televisione che esperimenti sui topi che assumevano patate manipolate geneticamente dimostravano importanti alterazioni dell'intestino e che era veramente sleale sottoporre la popolazione ad un esperimento di tal genere; per queste dichiarazioni Pusztai fu licenziato; apparentemente, però, questo "sacrificio" non ha provocato nessun allarme! Dopo un'iniziale neutralità sull'argomento ed un attacco diretto alla BMA, accusata di estremismo, il 21 maggio il governo inglese ha deciso di vagliare con attenzione le ricerche sui possibili effetti nocivi di questi cibi manipolati sulla salute. I consumatori sembra-

no, comunque, già ben orientati; da qualche settimana sette catene europee di supermarket hanno annunciato che non venderanno cibi geneticamente modificati. Tre multinazionali (Unilever, Nestlé, Cadburys-Schweppes) hanno preso la stessa posizione. La Suprema Corte Indiana ha bandito qualsiasi test di manipolazione genetica dei cibi. È importante, dunque, tenere alta la sorveglianza e la pressione anche su questo aspetto della nostra alimentazione, per evitare, per dirla come Pusztai, di essere utilizzati come topi da esperimento.

UK

Incidenti, costi ed altro

- In Gran Bretagna nelle aree dove sono state introdotte le gobbe stradali artificiali (road bumps) si è dimostrato un dimezzamento degli incidenti; in particolare le lesioni ai bambini si sono ridotte del 57%.

- Il costo per ogni bambino nei nidi delle Autorità Sanitarie Locali è di 90 sterline alla settimana, molto meno che in Italia dove il costo è di 2.000.000 al mese. Il numero di bambini accolti nei nidi in Inghilterra era di 29.800 nel 1995 e di 25.700 nel 1996.

- Le ragazze sotto i 16 anni richiedono una consulenza per contraccezione in misura più che doppia agli ambulatori per la pianificazione familiare rispetto ai medici di famiglia.

- Inghilterra e Galles hanno una delle più alte incidenze di gravidanze in adolescenti in tutto il mondo sviluppato, fatta eccezione per gli Stati Uniti.





UK

Brevissime da Westminster

- Il suicidio è la seconda più frequente causa di morte tra 16 e 25 anni. Il governo è intenzionato a ridurre tale cifra del 17% per il 2010, diminuendo il numero di compresse nelle confezioni di aspirina e paracetamolo, facendo formazione specifica ai *General Practitioner*, e sostenendo progetti che portino ad una migliore comunicazione con i gruppi a rischio soprattutto sociale.

- Il governo inglese è intenzionato ad aumentare l'indennizzo per i danni da vaccini da 30.000 sterline a 40.000.

- A marzo 1997 erano iscritti nei registri di protezione dell'infanzia 14.600 bambini, 8.200 ritenuti a rischio di abuso fisico, 5.600 di abuso sessuale, 800 a rischio di entrambi.

- Nel 1990 ci sono stati nel Regno Unito 5.897 casi di tubercolosi. Nel 1993 sono stati 6.564 e per il 1997 se ne prevedono 6.430. Il numero di casi resistenti alla terapia è aumentato da 43 nel 1994 a 60 nel 1996.

- Dai tagli dei finanziamenti alla scuola si sono salvati i corsi di nuoto per gli allievi della scuola primaria.

- Il governo, preoccupato dalla riduzione della frequenza di allattamento al seno, soprattutto nelle famiglie a basso reddito, sta finanziando la ricerca dei fattori causali del fenomeno.

- Il governo, per il prossimo triennio, aumenterà la spesa per la sanità di 21 miliardi di sterline, per la scuola di 19 miliardi, per i servizi sociali di 3 miliardi, questi ultimi con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra sociale e sanitario nonché la qualità dell'assistenza fornita ai bambini nei nidi e scuole materne. Queste cifre rappresentano le maggiori variazioni di bilancio annunciate dal Cancelliere dello Scacchiere. Si prevede che per il 2002 il 66% dei bambini di tre anni sarà inserito nelle scuole materne.

- Il Ministero della pubblica istruzione ha avviato una ricerca che valuterà i costi, i benefici e la fattibilità di un inserimento dei bambini con problemi di apprendimento di media gravità nei normali corsi scolastici. Il governo britannico ritiene

che vi siano forti ragioni educative, morali e sociali perché questo avvenga.

- L'Agenzia per il Controllo dei Farmaci ha commissionato una ricerca sui rapporti fra autismo e vaccinazione per Morbillo Rosolia Parotite.

- Il Parlamento sta per decidere l'abolizione della pubblicità delle sigarette sui cartelloni stradali e un maggiore impegno per diminuirne la vendita ai bambini.

ITALIA

Epidemie di Encefalopatia Spongiforme in ovini

In greggi di ovini della Puglia, Sardegna, Toscana, Sicilia sono state segnalate quindici insorgenze epidemiche di Encefalopatia Spongiforme Epidemica in ovini nel 1996-97. I casi interessati sono stati un migliaio occorsi in più greggi. Le greggi interessate non avevano mangiato preparati commerciali per cui può essere esclusa l'infezione da carni o ossa o midollo contaminati. L'ipotesi più probabile è che l'infezione sia stata originata da un vaccino contro il *mycoplasma agalactiae* di derivazione da omogenati di cervello e ghiandola mammaria di pecore infette. Le malattie si sono infatti manifestate in greggi vaccinate (*Lancet* 1999;353:560).

ONU

Un mondo senza mine?

Dal primo marzo 1999 le mine antiuomo sono diventate fuori legge: in tutto il mondo? No! Forse in mezzo mondo, perché 65 paesi hanno promesso che non le fabbricheranno più. I paesi che hanno firmato sono quasi tutti gli europei, molti africani, pochi asiatici. Come si è più volte ricordato su questa rubrica di *Quaderni acp* nel 1996, vista l'incapacità dell'ONU, il Canada ha deciso di convocare lui stesso una conferenza degli Stati interessati all'abolizione. Intanto una rete di associazioni spingeva sui governi. Anche noi di *Quaderni acp* abbiamo pubblicato le modalità

per "spingere". Nel 1997 la campagna anti-mine ha ottenuto il Nobel per la pace ed un certo numero di paesi, sull'onda del premio, ha firmato. Ma non bastava: sono necessari i voti dei singoli parlamenti, che sono stati ottenuti in quasi tutti i paesi aderenti. Sono rimasti fuori dal trattato la Russia, la Cina, l'Egitto, Singapore ed altri. Gli USA, pur non aderendo al trattato, hanno interrotto la produzione (sarà vero?). La Russia ha vietato la produzione di mine di plastica: i famosi *pappagalli verdi*. Gli stock devono ora essere distrutti. Entro quattro anni. Notizie di stampa sostengono che ne siano già state distrutte 10.000.000 (sarà vero?). Ma ne rimangono altre 10.000.000 solo in Ucraina e circa 9.000.000 sono presenti in Italia nei depositi delle ditte produttrici. Sempre l'Italia, negli ultimi vent'anni ha prodotto 30.000.000 di mine! Sembra, però, che le ditte abbiano venduto all'estero le loro licenze di fabbricazione. L'egiziana Helio-polis pare possa ora produrre le mine *TS 50* della Technovar di Bari. C'è poi l'immenso lavoro per bonificare i campi minati cresciuti con la guerra del Kosovo e quella dell'Angola: ci vorranno anni, personale e denari (*Buone Notizie*; Aprile 1999).

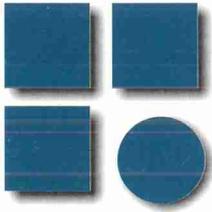
DEMENZIOPOLI

Gli ultimi due Ig.Nobel

Abbiamo segnalato qualche tempo fa la costituzione del premio Ig.Nobel assegnato alle ricerche più demenziali pubblicate in letteratura.

Ora ne sono stati assegnati altri due. Si tratta dell'inventore del "Beano" un liquido che si mette sui fagioli (Bean) per limitare le flatulenze e del progettista di una tuta di titanio e teflon per difendersi dall'orso Grizzly. Ne da notizia Riccardo Chiaberge presentando una conferenza di Sheldon Lee Glasgow (uno dei fondatori del premio) a Milano (*Corriere della Sera* 20/05/1999).

È uscito in questi giorni: *la scienza impossibile*; il meglio degli *Annals of Improbable Research*, la rivista che assegna gli Ig.Nobel, a cura di Marc Abrahams, (Garzanti, Lit. 32.000).



Dare i numeri

Le domande aperte sulla gestione della broncopolmonite e della pielonefrite acuta

F. Marchetti¹, G. La Gamba², L. Peratoner³, A. Coprivez³, M. Pennesi⁴,
G. Boschi⁵, N. D'Andrea¹, a nome del Gruppo di Studio della Pediatria
Ospedaliera^o

¹Divisione di Pediatria, Ospedale Civile, Matera

²Divisione di Neonatologia, Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio", Catanzaro

³Divisione di Pediatria, Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

⁴Istituto di Clinica Pediatrica, IRCCS, "Burlo Garofalo", Trieste

⁵Divisione di Pediatria, Arcispedale "S. Maria Nuova", Reggio Emilia

^o I componenti del Gruppo di Studio sono riportati in Appendice

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 24-30

Lo studio dell'ACP sulla gestione ospedaliera di quattro patologie (pubblicato su Medico e Bambino di Aprile 1999) non può rimanere una "esercitazione", ma dev'essere un punto di partenza per ridurre la variabilità clinica con linee guida convenute. Iniziamo con quest'articolo il processo che dovrebbe portare avanti un lavoro comune.

I presupposti

Il presente articolo fa riferimento ai risultati dello studio multicentrico, a cui hanno partecipato 104 divisioni pediatriche ospedaliere, sulla gestione dei casi ricoverati per asma bronchiale (AB), broncopolmonite (BPM), pielonefrite acuta (PNA), dolori addominali ricorrenti (DAR), le quattro patologie scelte come "esemplificative" delle pratiche diagnostico-terapeutiche adottate in un contesto clinico "rappresentativo" della realtà pediatrica ospedaliera italiana. Tale studio è stato condotto in modo prospettico, durante un periodo di osservazione di tre mesi (novembre '96/febbraio '97), con l'obiettivo principale di documentare il divario esistente tra la pratica reale e le indicazioni fondate sulle prove di efficacia. Si potrebbe dire "l'obiettivo del giorno", in parte già inflazionato da una serie di opinioni, editoriali, studi clinici, metanalisi che indicano la strada (di metodo e contenuto) da seguire per dare valenza scientifica alla pratica quotidiana. I risultati dello studio, nella pura descrizione di quello che viene fatto nella pratica, pongono una serie di domande aperte, orientate in particolare a definire le strategie operative da adottare per dare risposta ai problemi clinici ed assistenziali che si sono evidenziati.

Il metodo di lavoro multicentrico

Lo studio è stato condotto su base volontaria e senza conflitto di interessi, in quanto non ha avuto alcun tipo di sponsorizzazione. La possibilità di porsi in una prospettiva di questo tipo (dichiaratamente partecipativa e rivolta all'ottimizzazione dell'esistente) è pertanto possibile e rappresenta, per il contesto pediatrico ospedaliero italiano, uno dei primi esempi che ha tuttavia il limite di essere stato condotto, nella fase di elaborazione dei dati e divulgazione dei risultati, da pochi partecipanti allo studio.

Pur tenendo conto di questa difficoltà di rendere la discussione finale la più allargata possibile (e come tale la più rappresentativa), i risultati evidenziano ancora una volta che l'unica prospettiva di lavoro in grado di poter dare "visibilità" e risposta a specifiche domande cliniche ed assistenziali è quella multicentrica. In letteratura, gli esempi di questa rivoluzione strategica e soprattutto culturale sono sempre più numerosi, anche in ambito pediatrico italiano.

Per le quattro patologie che sono state oggetto di sorveglianza, la sfida culturale è stata quella di aver posto in discussione, nelle pediatrie ospedaliere italiane (ma anche indirettamente a livello territoriale), la presunta verità di

Per corrispondenza:
Federico Marchetti
E-mail: asl4-mt-pdtr@netsystem.it



quello che viene fatto sul singolo paziente, rispetto a stime, misure, medie, deviazioni standard su gruppi di pazienti ricoverati per AB, BPM, PNA, DAR. Il risultato atteso era quello di identificare quelle situazioni cliniche e procedure diagnostico-assistenziali possibile oggetto di ottimizzazione e di eventuale successiva verifica sulla base di protocolli comuni di intervento. Ci si è accorti che il divario esistente tra la pratica ed un profilo ideale di cura non è sempre colmabile in quanto, per ognuna delle patologie, esistono molte domande aperte che non trovano sempre adeguate risposte. Gli esempi che seguono riguardano due delle quattro patologie oggetto di sorveglianza (la BPM e la PNA) e propongono il seguente modello di lettura:

- Quali sono le evidenze principali dello studio relative a specifiche domande clinico-assistenziali?
- Esistono, per ognuna di esse, delle evidenze scientifiche disponibili?
- Quali possono essere le strategie (di metodo e di contenuto) da seguire per dare risposta a determinati bisogni?

LA BRONCOPOLMONITE

I risultati dello studio

Dei 1.212 bambini ricoverati con diagnosi radiologica di BPM, il 76% aveva un'età ≤ 5 anni e 110 avevano avuto un pregresso focolaio di BPM. Solo nel 34% dei casi è il pediatra di famiglia a decidere per il ricovero. A domicilio il 50% (n= 608) dei bambini è stato trattato con l'antibiotico, con l'utilizzo della via orale in 9 casi su 10. Gli antibiotici più utilizzati sono stati i macrolidi (36% dei trattati), in particolare la claritromicina; le cefalosporine e le penicilline. In ospedale poco più di 1/4 dei casi presentavano condizioni cliniche definite come "compromesse". All'Rx l'area di addensamento era di piccole-medie dimensioni nell'80% dei casi e 113 (9%) presentavano un versamento pleurico. Il totale degli esami richiesti è stato di 9.317, pari ad una media di 7.7 esami per bambino, con un largo ricorso ad indagini indicative di procedure di "routine", piuttosto che di aiuto per la diagnosi e la cura. La clinica e le indagini eseguite non sono risultate di aiuto nel poter formulare una diagnosi eziologica di sicurezza. Infatti, i

casi ad eziologia "certa" sono stati pochi (n= 101, 8.7%) rispetto a quelli ad eziologia "probabile" (n= 501, 43%) e "non definibile" (n= 567, 48%). Rispetto alla diagnosi di certezza/probabilità, 191 sono stati definiti da mycoplasma, 187 virali e 227 batteriche (di cui 137 da pneumococco e 22 da H. influenzae). La terapia antibiotica è stata intrapresa in 1.190 (98%) bambini; nel 10% dei casi sono state utilizzate due molecole associate. La via di somministrazione parenterale risulta essere quella più utilizzata (36.5% per via i.m. e 21.5% per via e.v.) rispetto a quella per os (42%), con il ricorso nel 40% dei bambini ad una cefalosporina di 3^a generazione (in particolare al ceftriaxone). Nella scelta della via orale l'utilizzo dei macrolidi (in 327 casi) risulta essere maggiore di quello delle penicilline e delle cefalosporine. L'amoxicillina, con o senza ac. clavulanico, è stata utilizzata solo nel 15% dei casi trattati. Dei 191 casi che sono risultati ad eziologia presumibile/certa da mycoplasma, solo 105 (55%) sono stati trattati inizialmente con un macrolide. In 1 caso su 10 la modifica della terapia è stata motivata dalla mancata risposta clinica.

Solo in 139 bambini su 690 trattati con un antibiotico per via parenterale si è passati alla somministrazione dell'antibiotico per os già in degenza. In più della metà dei casi (n= 682) si è fatto ricorso ad almeno un altro farmaco. La degenza media è stata di 7.12 giorni (± 3.9 ; range: 1-63 gg; mediana 6 gg). Solo il 12% dei bambini è stato ricoverato per meno di 3 gg, mentre il 20% per più di 10 gg. I tempi di cura, riferiti alla durata della terapia antibiotica ed alla degenza media, sono di molto superiori rispetto al tempo medio di sfebbramento (indice attendibile di risposta clinica) che risulta essere di 2.2 gg; per i casi con versamento pleurico di 3.1 gg. Alla dimissione, le indagini di laboratorio e l'Rx di controllo sono state richieste rispettivamente nel 54% e 36% dei casi. Nel 69% dei casi è stata consigliata la prosecuzione della terapia antibiotica a domicilio, nel 40% dei casi con macrolidi.

Le domande aperte, le evidenze disponibili, le strategie di risposta

Il primo aspetto che merita di essere sottolineato riguarda la mancanza di valutazioni

formali in letteratura su alcuni aspetti critici relativi ai profili assistenziali e terapeutici. In particolare, l'oggetto principale di osservazione degli studi è la difficoltà, sul campo, di giungere ad una diagnosi eziologica, dato lo scarso valore predittivo delle indagini di laboratorio (così come del quadro radiologico). Il lavoro condotto conferma, su grandi numeri, questa difficoltà che non rende agevole la scelta terapeutica da adottare. Questi dati indicano che bisogna basarsi su alcuni elementi di giudizio, prevalentemente clinico-anagrafico: la frequenza respiratoria per la diagnosi e l'età, la modalità di insorgenza, le caratteristiche della tosse, la febbre, le condizioni cliniche compromesse, i test delle agglutinine a frigore per una diagnosi eziologica "orientativa". Di contro le poche linee guida pubblicate relative alla gestione della BPM in età pediatrica risultano essere, per molti aspetti, discordanti e poco rispondenti agli approcci formali utilizzabili per dare valenza scientifica alla pratica quotidiana. Nella **tabella 1** sono riportati i tre principali problemi aperti nella gestione della BPM con l'indicazione di massima delle possibili soluzioni attraverso l'adozione di protocolli di lavoro "multicentrici e prospettici". Il primo problema riguarda il presumibile eccesso di ricoveri, con tempi di degenza mediamente troppo lunghi, rispetto a criteri oggettivi di gravità della patologia. Si tratta di un aspetto comune che riguarda non solo la BPM ma tutta la patologia acuta ed è ovviamente indicativo della mancanza di continuità assistenziale tra pediatria di famiglia (PdF) e pediatria ospedaliera (PO). Un problema non facilmente risolvibile del quale continuamente si discute senza giungere a soluzioni operative che vedano i protagonisti dell'assistenza pediatrica come responsabili di un progetto comune "condivisibile".

Gli obiettivi sono ovviamente quelli di consentire l'accesso in ospedale solo per i casi che richiedano un programma assistenziale-terapeutico che non può essere seguito a domicilio (il bambino con condizioni cliniche compromesse, con complicanze, che non ha risposto ad un programma terapeutico concordato a livello territoriale). Questa prospettiva ha una prerogativa, senza la quale non si potrà arrivare ad alcuna soluzione: la necessità di aprire, in



alcune realtà territoriali, un dialogo continuo (non occasionale) tra PdF e PO. Se questa possibilità di rimettersi in discussione sarà possibile, si può pensare di adottare sulla BPM un protocollo comportamentale comune, con la verifica dell'impatto di questa strategia, basandosi su alcuni indicatori molto semplici: tassi di ospedalizzazione, numero di bambini giunti in ospedale senza essere stati visti dal PdF, dimissione protetta a domicilio nei casi non gravi; eventuali tassi di ri-ospedalizzazione. La strategia indicata ha ovviamente come presupposto la condivisione piena di un protocollo terapeutico e di sorveglianza clinica (indicatori di gravità e di risposta alla terapia intrapresa). I

risultati dello studio evidenziano che le strategie diagnostiche e terapeutiche al momento utilizzate sono molto variabili e, in linea di massima, non conformi ad un approccio "semplificato", che risulta essere nella maggioranza dei casi efficace. In particolare, per quanto riguarda la terapia antibiotica, non è condivisibile l'utilizzo in prima istanza della via di somministrazione parenterale, in particolare per via intramuscolare. Questo è particolarmente vero nei casi in cui l'adozione di questo approccio terapeutico viene mantenuta per tutta la durata della degenza (mediamente per 7 gg), senza prevedere il passaggio precoce alla via orale. Tuttavia, anche l'adozione di questo protocollo terapeutico, indicato

come switch therapy, dimostratamente efficace anche in età pediatrica nel ridurre i tempi di ospedalizzazione, non può prescindere dall'utilizzo in prima battuta, dell'antibiotico per via orale, salvo situazioni cliniche particolari (casi complicati che non rispondono alla terapia di scelta, utilizzata per os). Al momento è difficile pensare che l'adozione di un protocollo terapeutico di massima, indicato nella **tabella 2**, possa avvenire senza una verifica sul campo che dimostri la pari efficacia di una terapia antibiotica per os verso una terapia per via parenterale (iniziale). In altre parole, si può immaginare di condurre un trial clinico con una funzione prevalentemente "di verifica didattica", che consentirà di stimare quanti sono i casi non responder con le motivazioni possibili e l'efficacia clinica di schemi terapeutici che prevedono l'utilizzo dell'amoxicilina ad alte dosi (verso quelle convenzionali) nelle forme non da mycoplasma. L'ultimo problema aperto riguarda il largo ricorso ad esami diagnostici e radiologici, sia al momento del ricovero che alla dimissione. Se nella prima fase di inquadramento diagnostico, di fronte ad un bambino che non presenta chiari segni clinici ed obiettivi di broncopneumonia la richiesta di indagini può essere solo in parte giustificata, nessuna base scientifica ha la richiesta nei controlli eseguiti prima o dopo la dimissione, fatta eccezione per situazioni cliniche particolari. È sufficientemente dimostrato che controlli radiologici precoci, nei casi che hanno risposto alla terapia (sfiebramento), non fanno altro che evidenziare reperti patologici, in quanto la risoluzione radiologica dell'addensamento può essere molto lenta. In altre parole, nei casi che rispondono alla terapia e che diventano asintomatici e la cui obiettività si normalizza nel giro di 1-2 settimane, non è indicato ripetere la lastra.

Questa può avere un suo razionale in chi non ha risposto inizialmente alla terapia se si sospetta una complicanza (ad es. versamento pleurico) o in presenza di un'obiettività ancora patologica e/o in chi ha già avuto un focolaio pregresso nella stessa sede per escludere una (rara) malformazione sottostante. Lo stesso dicasi per la ripetizione delle indagini di laboratorio, che tendono a normalizzarsi nel tempo e che

Tab. 1. I problemi aperti e le possibili soluzioni operative nella gestione della BPM

Problema aperto	Soluzione possibile	Metodologia di lavoro
Eccesso di ricoveri, tempi di degenza troppo lunghi	Adozione di protocolli comportamentali comuni tra pediatria ospedaliera e territoriale con dimissione precoce e presa in carico da parte del PdF	Studio prospettico di verifica dell'impatto della metodologia comune di valutazione adottata a livello territoriale
Eccessivo utilizzo della via di somministrazione parenterale (in part. i.m.) dell'antibiotico	Valutazione comparativa di schemi di terapia antibiotica diversificati: antib. per os vs antib. via parent. (e.v.) seguito da ant. per os, nei casi ad eziologia presumibile batterica (non da Mycoplasma)	Studio clinico randomizzato in aperto
Largo ricorso ad esami diagnostici poco pertinenti con la patologia, sia al momento del ricovero che alla dimissione; frequente richiesta dell'Rx di controllo	Programma condiviso di esami "essenziali"; indicazioni per l'esecuzione dell'Rx del torace; adozione della valutazione della frequenza respiratoria per la diagnosi	Valutazione osservazionale delle situazioni cliniche che richiedono un approccio diversificato rispetto al programma concordato



nulla aggiungono ad una valutazione clinica di risposta alla terapia intrapresa. La possibile soluzione di questo problema prevede l'adozione di un programma di sorveglianza rivolto alla verifica di applicabilità nella pratica di schemi diagnostici "semplificati" (ad es. utilizzo della frequenza respiratoria per la diagnosi, test delle agglutinine a frigore nei casi in cui vi è l'indicazione) con la descrizione delle situazioni cliniche che richiedono un approccio diverso da quello condiviso come "essenziale".

LA PIELONEFRITE ACUTA

I risultati dello studio

Sono stati reclutati 250 bambini in 81 divisioni di pediatria. In 35 casi (14%) si trattava di una recidiva di PNA, e di questi 15 erano in profilassi farmacologica. Per quanto riguarda l'età, a fronte di una predominanza dei bambini del primo anno di vita (53% della popolazione reclutata), va notato che il 23% aveva un'età superiore ai 4 anni. Per quanto riguarda le modalità seguite per la diagnosi, è da rilevare che nel 28% dei casi questa è stata definita a posteriori come "dubbia" o "insoddisfa-

cente", sulla base della descrizione, riportata nella scheda di rilevazione, delle indagini eseguite (e dei relativi risultati), per ciascun caso reclutato. In particolare, molte di queste diagnosi non rispondenti ai criteri di inclusione-esclusione, predefiniti nel protocollo di studio (vedi dopo), sono state poste in presenza di un'urinocoltura positiva, in assenza di leucocituria e/o test ai nitriti positivo.

Più in generale è da rilevare che tutte le diagnosi definite come dubbie sono state poste in 30 reparti di pediatria e 6 di questi hanno tre o più diagnosi probabilmente scorrette. Inoltre, i reparti di pediatria che usano il microscopio (per la batterioscopia e la leucocituria) sono solo 13 su 81 (16%) e la diagnosi di infezione è stata fatta in questo modo in 30 bambini (12%). In 16 reparti (per un totale di 41 bambini, 16%) la coltura è stata eseguita con dip-slide. A fronte del basso utilizzo di metodiche diagnostiche "fatte in casa", che abbreviano di molto i tempi diagnostici e di conseguenza le decisioni terapeutiche, largo risulta essere il ricorso ad altre indagini di laboratorio, sia all'ingresso che alla dimissione. In particolare, in più della metà dei casi sono stati ripetuti l'emocromo, la VES

ela PCR; un'urinocoltura è stata eseguita in trattamento nel 44% dei casi, più frequentemente rispetto al semplice esame urine (36%).

Per quanto riguarda la terapia, del tutto accettabile è il tempo intercorso tra il ricovero e l'inizio del trattamento; solo in 1 caso su 10 la terapia è stata iniziata oltre le 48 ore. La via di somministrazione orale è stata utilizzata solo in 95 bambini (35%), mentre in 121 (46%) e 49 (19%) la terapia è stata somministrata rispettivamente per via i.m. ed e.v.

Tale scelta non sembra essere motivata dalla presenza di sintomi che di per sé giustificerebbero una terapia parenterale (vomito, quadro "settico"), né dalla durata della febbre. Inoltre, anche se la via parenterale viene utilizzata più frequentemente nei bambini con età <6 mesi (oltre 70% dei casi), nei bambini più grandi (con età >2 anni) la via di somministrazione orale è stata utilizzata solo in 4 casi /10. In definitiva, l'unica variabile da considerare significativa nella scelta della via di somministrazione è il reparto in cui il bambino è stato ricoverato: in nove reparti (con più di 2 casi reclutati) la percentuale di trattati per os è del 96%; al contrario ci sono ven-

Tab. 2. Alcune indicazioni terapeutiche per la gestione dei casi di BPM non complicati

a) In presenza di un *quadro clinico compromesso* (esordio acuto, con possibile stato tossico, febbre elevata, eventuale dolore toracico o addominale, con obiettività inizialmente negativa, poi di addensamento massivo) il farmaco di prima scelta (sia a domicilio che in ospedale), indipendentemente dall'età, è l'*amoxicillina* (75-90 mg/kg/die in 3 somministrazioni per os, per 7-10 gg).

In caso di mancata risposta clinica all'*amoxicillina* in 36-48 ore, di fronte alla persistenza di un quadro clinico compromesso, nel sospetto di una complicanza (versamento pleurico), deve essere presa in considerazione l'ospedalizzazione.

In ospedale, una volta esclusa una possibile eziologia diversa da quella batterica (da pneumococco, emofilo, ecc.) e confermata la terapia eseguita a domicilio con un antibiotico beta-lattamico ad alte dosi, deve essere presa in considerazione la possibilità di iniziare la terapia con *ceftriaxone* (80-100 mg/kg/die in monosomministrazione per via endovenosa), o altri schemi terapeutici diversificati. Nel caso in cui a domicilio sia stato utilizzato un antibiotico diverso da un beta-lattamico ad alte dosi (ad es. un macrolide), in assenza di una complicanza, è consigliabile eseguire un tentativo terapeutico con *amoxicillina*.

b) In presenza di un *quadro clinico non compromesso*, prima dei 6 mesi (per la presenza della Clamydia) e dopo i 5-6 anni (per il Mycoplasma), la scelta può essere quella di un macrolide (*eritromicina*, 50 mg/kg/die in 3 somministrazioni), soprattutto in presenza di una storia clinica ed obiettiva suggestiva e con il supporto positivo delle agglutinine a frigore (per il Mycoplasma). In caso di mancata risposta clinica, l'*eritromicina* può essere sostituita con l'*amoxicillina*.

c) In presenza di un *quadro clinico non compromesso*, nei bambini dai 6 mesi ai 5-6 anni, è consigliabile utilizzare in prima istanza l'*amoxicillina* (75-90 mg/kg/die in 3 somministrazioni), da sostituire con l'*eritromicina* se il quadro clinico non tende a migliorare in 36-48 ore e la clinica è sufficientemente orientativa per una forma da Mycoplasma.



tutto reparti (con 2 o più casi reclutati) che hanno usato la via parenterale in più del 90% dei casi.

Gli antibiotici maggiormente utilizzati sono stati le cefalosporine parenterali, in particolare il ceftriaxone (32%), gli aminoglicosidici, in particolare la netilmicina (22%), l'amoxicillina protetta (22%) e le cefalosporine orali (11%).

La terapia antibiotica è stata modificata in corso di ricovero in 76 casi (30%): per la maggior parte per passaggio dalla terapia parenterale a quella orale (41 casi); in 17 (22%) per l'evidenza di mancata risposta clinica ed in 15 casi per indicazioni fornite dall'antibiogramma.

In 3 casi la modifica della terapia è stata eseguita per la comparsa di effetti collaterali. La durata media della degenza è stata di 7,06 gg e non è correlabile all'età del bambino ed alla durata della febbre; mentre una certa variabilità è legata al reparto. Alla dimissione una profilassi antibatterica è stata indicata nel 55% dei casi (n= 137), senza particolari differenze in relazione

all'età. Infatti, è stata prescritta nel 67% dei bambini del 1° anno e nel 51% di quelli con età >4 anni. Gli antibiotici scelti per la profilassi sono stati il cotrimossazolo o il trimetoprim nel 33% dei casi, una penicillina (amox. con o senza ac. clavulanico) nel 28%, una cefalosporina nel 22% ed altri nel 17%.

Gli accertamenti di immagine indicati sono stati la cistografia minzionale (138 bambini, 55%), la scintigrafia (DSMA) (50 bambini, 20%), e solo in 29 casi (12%) un controllo ecografico a distanza. Anche in questo caso non si evidenziano differenze rilevanti di indicazione rispetto all'età del bambino.

Ad esempio, la cistografia è stata programmata nel 59% dei casi con età <2 anni e nel 49% di quelli con età >3 anni.

Ancora una volta la variabile reparto sembra avere un ruolo importante nelle procedure adottate, se si considera che 76/138 cistografie sono state indicate in sedici ospedali e 40/50 DSMA sono stati indicati da quindici reparti.

Le domande aperte, le evidenze disponibili, le strategie di risposta

I risultati della ricerca condotta evidenziano che il primo problema riguarda la correttezza nella formulazione della diagnosi di infezione delle vie urinarie (IVU). Questo sembra in parte motivato dall'abitudine ad iniziare un trattamento antibiotico prima di aver formulato il sospetto di PNA, sia a livello territoriale che ospedaliero. La regola clinica è quella che, almeno nei primi due anni di vita, in presenza di una febbre non associata a segni infettivi di localizzazione in altra sede, il sospetto di IVU dovrebbe essere sempre formulato. Sul come formularla esistono ancora alcune controversie ma anche dei punti fermi, facilmente adottabili nella pratica ambulatoriale ed ospedaliera.

Tali regole sono riportate nella **tabella 3**, dalla quale si ricava che per poter fare la diagnosi in tempi rapidi, e soprattutto con un buon grado di attendibilità, andrebbe incentivata la possibilità che ogni reparto sia dotato di semplici strumenti diagnostici

Tab. 3. Indicazioni per la diagnosi di IVU

a) Modalità di raccolta del campione di urine. Nel bambino grande le urine vanno raccolte a metà minzione dopo accurata pulizia con abbondante acqua corrente del glande e del solco balano-prepuziale o delle grandi labbra. Nel bambino piccolo la raccolta ideale è quella ottenuta "al volo", sempre dopo adeguata pulizia. Nel caso in cui questo tipo di raccolta non sia possibile, ci si può avvalere dell'ausilio del sacchetto sterile, applicato dopo pulizia della regione perigenitale. L'ideale è raccogliercle appena emesse; il tempo di permanenza del sacchetto non deve superare i venti minuti. Il prelievo delle urine da cateterismo vescicale è da riservare ai rari casi di diagnosi difficile o dubbia.

b) L'analisi delle urine. Di regola devono essere presenti la batteriuria e la leucocituria (piuria). La leucocituria può essere valutata estemporaneamente (in ambulatorio o a domicilio, oltre che in ospedale) con l'uso di apposite *strisce reattive (stix)*. Con l'uso dello stix si considera significativa una leucocituria >75-100 mmc. La positività del test per i nitriti è da considerarsi altamente indicativa per IVU (in presenza di una leucocituria significativa), ma risulta essere poco sensibile: le urine devono rimanere in vescica per almeno 4 ore e nel bambino piccolo questo prerequisito si realizza raramente. L'esame al *microscopio ottico* (con l'utilizzo della camera di Burkner) permetterà la conferma della leucocituria ed il rilievo della batteriuria. Viene considerata come significativa la presenza di una piuria di almeno 10 leucociti/mmc e di una batteriuria con ≥ 10 batteri monomorfi/mmc.

c) L'urinocoltura. È consigliata per la conferma dell'infezione in particolare nei casi in cui il reperto urinario risulta essere borderline (non sicuramente diagnostico). Trova una specifica indicazione quando un bambino è stato precedentemente affetto da IVU e/o quando è stato sottoposto a terapia antibiotica (nei casi di mancata risposta clinica). Va considerata come positiva solo per valori >100.000, con isolamento di un singolo agente patogeno.

d) Le difficoltà a definire la diagnosi di IVU. L'IVU non è l'unica causa possibile di una crescita batterica all'urinocoltura (o del riscontro di batteriuria all'esame microscopico). Se non vi è la contemporanea presenza di leucocituria all'esame urine, l'ipotesi più probabile è che ci si trova di fronte ad una batteriuria innocente o da inquinamento, con febbre attribuibile ad altra causa (ad es. virali). Per maggiore sicurezza l'esame urine per la ricerca della leucocituria può essere ripetuto a distanza di 24 ore (ritardo nella comparsa di una risposta infiammatoria locale). Viceversa la presenza di leucocituria in assenza di batteriuria non è indicativa di IVU in quanto può rappresentare da sola un reperto di relativo frequente riscontro in corso di febbre da altre cause.



Dare i numeri

ed in particolare: un multistix (striscia reattiva) per le urine per la misurazione della leucocituria e dei nitriti urinari; un miscoscopio ottico per la determinazione della leucocituria e della batteriuria; ed eventualmente un terreno di coltura rapida su dip-slide. La possibilità di formulare una diagnosi "in casa" risolve, almeno in parte, uno degli errori più frequenti relativamente al largo credito che viene dato al risultato dell'urinocoltura, in assenza di un riscontro fondamentale che è quello della contemporanea presenza della leucocituria (salvo alcune rare eccezioni). Pertanto, il problema diagnostico delle IVU può trovare una semplice soluzione fornendo in ciascun reparto (ma anche ambulatorio pediatrico) di strumenti operativi in grado anche di evitare il ricovero ospedaliero e di garantire un adeguato e rapido follow-up. Per quanto riguarda gli aspetti della gestione relativi alla richiesta di indagini poco utili ai fini diagnostici, al prevalente utilizzo della terapia antibiotica per via parenterale ed alla eccessiva durata del ricovero si rimanda a quanto già detto per la BPM. In particolare, per quanto riguarda il trattamento, è importante sottolineare che l'antibiotico va iniziato appena la diagnosi viene fatta al microscopio-stix delle urine, senza attendere il risultato dell'urinocoltura, che potrà semmai servire solo per modificare la terapia già intrapresa nei casi di mancata risposta clinica.

La terapia parenterale (ceftriaxone o aminoglicoside in unica somministrazione giornaliera) trova indicazione solo in presenza di un bambino con età <3 mesi, con stato settico, con vomito e/o diarrea. In fase di miglioramento (e possibilmente ad antibiogramma pervenuto) è conveniente passare alla via orale. La durata indicata della terapia (da proseguire a domicilio nei casi ospedalizzati) è di 10 giorni. Il controllo delle urine sarà opportuno a distanza di 48 ore, con la valutazione della leucocituria e/o della batteriuria al microscopio e non dell'urinocoltura. Le principali domande aperte nella gestione della PNA sono relative a cosa fare dopo la fase acuta. La variabilità osservata nelle procedure adottate nei centri partecipanti allo studio rispecchia fedelmente la mancanza di consenso presente in letteratura su quando e come eseguire le indagini stru-

mentali (ecografia, cistografia minzionale, scintigrafia con DSMA) rivolte ad escludere una malformazione delle vie urinarie, in particolare la presenza di un reflusso vescicoureterale (RVU). Si passa infatti da posizioni interventiste (cistografia minzionale in tutti i casi, al primo episodio di PNA) a posizioni più attendiste (in casi selezionati: con età <2 anni, in presenza di ricorrenza di infezione e/o di familiarità per IVU). Gli stessi dubbi riguardano i tempi per l'inizio della profilassi antibiotica e la sua durata. La mancanza di un formale consenso è dovuta principalmente al fatto che non è ben conosciuta la storia naturale dei bambini che presentano episodi ricorrenti di PNA, associati o meno a RVU (presente nel 30-50% dei casi di IVU). In particolare, se è sufficientemente noto che gli episodi di PNA possono lasciare esiti cicatriziali (scar), soprattutto se curati in ritardo rispetto all'inizio della sintomatologia, e che il RVU può favorire la ricorrenza delle IVU, poco sappiamo rispetto all'efficacia delle misure mediche (profilassi antibiotica) e chirurgiche (intervento nei casi di reflusso di IV-V grado) nella prevenzione della progressione del danno renale.

Anche se questa non è la sede per approfondire queste tematiche, ci sembra importante evidenziare alcune delle controversie su cui attualmente si discute, alla luce dei risultati dei pochi studi prospettici pubblicati in letteratura.

La revisione delle casistiche più recenti sembra dimostrare che esistono due diversi tipi di popolazione con RVU.

Un primo gruppo è costituito prevalentemente dai maschi, di solito con reflusso di grado elevato che viene già evidenziato con l'ecografia in gravidanza e che in una grande percentuale dei casi si associa ad un danno diffuso del tessuto renale già presente alla nascita.

L'evoluitività del RVU è poco modificata dagli interventi successivi, sia medici che chirurgici.

Il secondo gruppo è costituito prevalentemente da femmine con reflusso diagnosticato tardivamente, in età prescolare o scolare, di grado lieve-moderato che di solito non si associa a danni significativi del tessuto renale e che sembra (ma non ne siamo certi) essere gravato di scarsa evoluitività.

Inoltre, se sino a qualche anno fa si pensava che dopo una certa età (3-5 anni) la ricorrenza di infezioni comportava meno rischi per il parenchima renale, i risultati di un recente studio ripropongono la questione evidenziando che nuovi scar possono verificarsi anche nei bambini con età >5 anni. Al momento l'unica arma terapeutica medica che abbiamo a disposizione è la profilassi antibiotica, anche se non è noto se possa effettivamente ridurre il rischio, non tanto della ricorrenza delle infezioni, ma dell'evoluzione del danno parenchimale (da scar), causa della nefropatia ipertensiva e della successiva evoluzione in insufficienza renale. Per dare risposta a questo interrogativo, fondamentale per una corretta gestione diagnostica e terapeutica, è necessario valutare prospetticamente l'efficacia di un approccio che prevede di confrontare la terapia precoce delle eventuali recidive di PNA in bambini con RVU dei primi due anni di vita, rispetto ad un gruppo (identico per caratteristiche) che assume la profilassi antibiotica continuativa. La proposta di questa sorveglianza rappresenta indubbiamente una sfida che può essere, nel disegno dello studio, unicamente randomizzata e multicentrica. L'obiettivo principale sarà quello di produrre informazioni sulla stima dell'efficacia della profilassi nel ridurre le recidive e soprattutto sulla differenza in termini di esiti dei due regimi terapeutici, sul breve (presenza di nuovi scar) e sul lungo periodo (evoluzione del danno).

Conclusioni

La ricerca condotta rappresenta un punto di partenza che ha consentito di identificare le procedure diagnostiche e terapeutiche possibile oggetto di ottimizzazione. La definizione di protocolli comuni di intervento può rappresentare un primo passo che deve essere condiviso da tutti i partecipanti allo studio.

Tuttavia, è noto che l'adesione passiva alla stesura di linee guida non modifica di certo la pratica clinica. Pertanto, l'obiettivo del gruppo di studio è quello di trovare nella rete multicentrica un'occasione permanente di lavoro, per dare risposta ai molti interrogativi che sono emersi dalla semplice descrizione di quanto viene fatto nel quotidiano. ■



Dare i numeri

Bibliografia

Lavori prodotti dal Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera dell'ACP:

Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera Un audit su 4 malattie e 104 ospedali. *Medico e Bambino* 1999;18(4):227-252

Marchetti F, Boschi G, Mercuri B, La Gamba G, D'Andrea N, a nome del Gruppo di studio della Pediatria ospedaliera dell'ACP. La gestione della broncopolmonite. In: *Aggiornamenti di Fisiopatologia e Terapia Pediatrica* (a cura di Assael BM), CIS Milano 1999;8:64-72

Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera dell'ACP Indagine prospettica osservazionale sulla gestione ospedaliera dei bambini con broncopolmonite. III Congresso Nazionale della Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili. Genova, Giugno 1999

La Broncopolmonite

Panizon F, De Santi M, Fanti L, et al. Le broncopolmoniti a letto del malato. *Medico e Bambino* 1990;1:22-31

Dagan R, Syrogiannopoulos S, Ashkenazi S, et al. Parental oral switch in the management of pediatric pneumonia. *Drugs* 1994;47(suppl 3):43-51

Chan R, Hemeryck L, O'Regan M, et al. Oral versus intravenous antibiotics for community acquired lower respiratory tract infection in a general hospital: open randomised controlled trial. *BMJ* 1995;310:1360-62

Jadavji T, Law B, Lebel M, et al. A practical guide for the diagnosis and treatment of pediatric pneumonia. *Can Med J Assoc J* 1997;156:s703-s711

Heiskanen-Kosma T et al. Etiology of childhood pneumonia: serologic results of a prospective, population-based study. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:986-91

Swingler GH, Hussey GD, Zwarenstein M. Randomised controlled trial of clinical outcome after chest radiograph in ambulatory acute lower-respiratory infection in children. *Lancet* 1998;352:360-3

La Pielonefrite

Verrir Jones K. Antimicrobial treatment for urinary tract infections. *Arch Dis Child* 1990;65:327-330

Ullersyein S Urinary tract infections. Old a new concepts. *Pediatr CI North Am* 1995;42:1433-57

Dick PT, Feldman W. Routine diagnostic imaging for childhood urinary tract infections: a systematic overview. *J Pediatr* 1996;128:15

Benador D, Benador N, Slosman D, et al. Are younger children at higher risk of renal sequelae after pielonefritis? *Lancet* 1997;349:17-19

Barberis V, Assael BM Nuovi concetti sul reflusso vescicoureterale. In: *Aggiornamenti di Fisiopatologia e Terapia Pediatrica* (a cura di Assael BM), CIS Milano 1997;6:14-19

Hoberman A, Wald ER Le infezioni delle vie urinarie in pediatria. *Doctor Pediatria* 1998;13(4):19

Marra G. Trattamento del reflusso vescico-ureterale. *Prospettive in Pediatria* 1998;28:107

Appendice

*Gruppo di Studio della Pediatria Ospedaliera

Coordinamento e gestione dei dati: N. D'Andrea, F. Marchetti (Ospedale Civile, Matera); G. La Gamba, B. Mercuri (Azienda Osped. Pugliese Ciaccio, Catanzaro).

Commissione Ospedaliera dell'Associazione Culturale Pediatri: P. Alcaro, G. Bonora, G. Boschi, V. Calia, N. D'Andrea, A. Di Palma, M. Farneti, G.L. Gargantini, G. La Gamba, G. Magazzù, G. Mastella, L. Peratoner, G.F. Temporin, G. Tosolini.

Comitato Scientifico: G.C. Biasini, F. Panizon, F. Sereni, C. Vullo

Centri partecipanti: **Abruzzo:** D. Simoncini* (Osped. Civile, Atezza); I. Cipollone*, N. Di Renzo (Osped. Civile, Avezzano); M. Di Pietro*, P. Calafiore, B. Cerquoni, S. Di Giovanniantonio, G. Visci (Osped. Civile, Giulianova); A. Carlucci*, M. Barone, C. Iacobitti, L. Sichertti (Osped. Civile Renzetti, Lanciano); **Basilicata:** V. Cilla*, E. Canosa, F. Gesualdi, C. Mencoboni, B. Pilato (Osped. Generale e Regionale Riuniti, Matera); M.V. Schiavo*, R. Abate, F. Belli, A. Scavone (Osped. Provinciale S. Carlo, Potenza); O. Soligno*, M.T. Bruno, I. Cicala, L. Santangelo (Osped. Civile S. Francesco, Venosa); A. Salvatore*, M. Branda, I. Iannelli (Osped. Civile, Villa d'Agri); **Calabria:** B. Mercuri*, F. Peltrone, C. Sestito (Azienda Osped. Pugliese Ciaccio, Catanzaro); G.M. Faustini*, D. Campagna, A. Cirisano (Osped. S. Giovanni di Dio, Crotone); F. Mammi*, P. Cavallo, D. Costantino, R. Triunfio (Presidio Ospedaliero, Locri); G. Giudace, M. Pochiero (Presidio Osped. S. Maria degli Ungheresi, Polistena); L. Marinelli*, P. Alcaro, T. Codamo (Osped. Civile, Soverato); **Campania:** F. Sellitto*, M. Esposito, O. Esposito, M. Falato, Dello Iacono, F. Quarantiello, Rapuano (Osped. Generale Fatebenefratelli, Benevento); G. Serra (Osped. Palasciano, Capua); G. Dante*, R. Di Concilio (Osped. Prov. Regionale S. Leonardo, Castellammare di Stabia); M. Budetta*, G. Botta, A. D'Auria, T. Pisapia (Osped. Civ. S.M. Incoronata dell'Olimo, Cava dei Tirreni); G. Parisi*, A. Albini, R. Ambrosino, M.R. Cuzzocrea, E. Gargiulo, P. Napolitano, A. Regine (Osped. A. Rizzoli, Lacco Ameno); L. De Seta*, G. Cirillo (Osped. Regionale SS. Annunziata, Napoli); L. Di Martino*, L. Martemucci, P. Zinno (Osped. Paulsilipon, Napoli); L. Lupi*, L. Coppola Bottazzi, V. Frezza (Osped. S. Paolo, Napoli); P. Siani*, F. Cicale, F. Maione, C. Santoro, G. Zeilinger (Osped. Cardarelli, XXVIII Div. Pediatrica, Napoli); A.M. Simonetti*, L. Acampora, A.M. Angelone, A. Cappello, L. Leonardo, I. Menicillo, A. Natale, A. Pisaturo, G. Rivelli (Osped. Civile, Piedimonte Matese); **Emilia Romagna:** F. Ronchi* (Osped. Civile, Cattolica); G.C. Biasini*, G.C. Cerasoli, P. Sama (Osped.M. Bufalini, Cesena); B. Guidi*, F. Mattei, A. Messori, S. Miglioli, G. Muratori (Osped. Civile, Pavullo nel Frignano); I.A. Venturi*, L. Casadio, L. Pini (Osped. Civile S. Maria delle Croci, Ravenna); G. Boschi*, N. Vinsani (Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia); G. Cavagni*, G. Battista, C. Chiassi (Presidio Ospedaliero Modena Sud, Sassuolo); **Friuli Ven. Giulia:** B. Cichetti*, D. Midena, G. Pischietta (Stabilimento Ospedaliero, S. Daniele del Friuli); Sabino*, Sartorelli (Osped. Civile, S.Vito al Tagliamento); L. Peratoner*, A. Coprivez (Osped. S. Maria degli Angeli, Pordenone); T. Basso*, A. Calligaris, F. Missana, T. Silverio (Osped. Civile, Tolmezzo); F. Panizon*, M. Pocecco (Istituto per l'Infanzia Burlo Garofolo, Trieste); **Lazio:** G. Ceccarelli*, F. Giorgi, P. Yiannakou, M. Porziani, M.C. Rovagni, E. Zampetti (Osped. Regina Apostolorum, Albano Laziale); A. Pastori*, C. Di Pietro (Osped. Regionale Bambino Gesù, Roma); **Liguria:** U. Tondo (Osped. Civile, Imperia); G. Giammartolomei*, C. Beluschi, G. Codognotto, I. Ivaldi, E. Pendola, G. Perazzo, S. Rotella, D. Scarsi (Osped. Civile, Lavagna); M.A. Zoia*, D. Panico (Osped. Civile, San Remo); **Lombardia:** E. Silanos*, M. Parietti, A. Primi (Osped. di Circolo San Giuseppe, Busto Arsizio); F. Lapetina, E. Bonesi, R. Canino, S. Cantoni, G. Ricotta, A. Romano (Osped. Oglio Po, Casalmaggiore); B. Vanini*, F. Baiguini (Osped. Civile, Chiari); E. Bianchi, C. Scaravelli (Osped. Fatebenefratelli, Erba); M. Pedferri*, S. Fedura (Presidio Ospedaliero, Lecco); F. Paolillo*, T. Cantinotti, P. Suardi (Osped. Maggiore, Lodi); S. Santucci*, R. Fois, E. Moroni, C. Oldani, P. Pastori (Osped. G. Fornaroli, Magenta); G.L. Gargantini* (Osped. Predabissi, Melegnano); R. Cornali*, A. Mari (Osped. dei Bambini Vittore Buzzi, Milano); A. Moreno*, L. Bianchi, A. Martelli, L. Manzini, C. Stellini, L. Terracciano (Ist. Osped. Provinciale per la Maternità, Milano); R. Sangermani*, R. Calamo, D.

Gazzo, M. Gibelli, M. Nedbal, C. Papapicco (Osped. Maggiore S. Carlo Borromeo, Milano); F. Parizzi*, R. Arosio, S. Ronzoni (Osped. Nuovo San Gerardo, Monza); G. Zecca*, S. Barini, C. Manzoni (Osped. Civile, Morbegno); E. Reali*, R. Altobelli, G. Bonvini, A. Calanchi, G. Montorio (Ente Ospedaliero, Sesto San Giovanni); G. Bonora*, P. Adamoli, A. Conforto, E. Cornenatti, P. Giusti (Osped. Civile, Sondrio); A. Salvatoni*, E. Antonini, M. Bosco (Osped. F. Del Ponte, Varese); **Marche:** M.T. Gaetti*, A. Bonucci, G. Carotti, A. Cesaretti, P. Vanelli (Osped. Civile, Jesi); C.M. Bertoni*, A. Ricci (Osped. S. Salvatore, Pesaro); **Molise:** I. Marinelli* (Osped. Zonale, Agnone); A.M. Cieri*, B. Basso, N. Carosella, E. Lepore, R. Mucciarello, G. Occhionero, A. Rivelli (Osped. Generale G. Vietri, Larino); **Piemonte:** G. Reviglio*, F. Gai, C. Odelli (Osped. Civile, Asti); L. Zannino*, A. Bracone, P. Garbaccio, A. Serra, E. Tione (Osped. S. Spirito, Bra); G. Agresti*, M. Perardi, P. Rosso (Osped. Civile, Ciriè); L. Dardanelli (Osped. Civile S. Croce, Cuneo); N. Cimadamore*, T. Mussat (Osped. Civile, Ivrea); G. Patrucco*, L. Quaglio (Osped. Civile E. Agnelli, Pinerolo); D. Pavesio*, P. Pecco, G. Peisino (Osped. Infantile Regina Margherita, Torino); **Puglia:** G. Pietroforte*, A. M. Giorgio, G. Oliva, G. Ventura (Osped. Regionale Miulli, Acquaviva delle Fonti); L. Brunetti*, F. Carnevale (Policlinico Universitario, Clinica Pediatrica III, Bari); E. Corvaglia*, E. Martella, L. Montagna, F. Musco, A. Scarpa (Osped. F. Ferrari, Casarano); A. Longo*, A. Bufo, G. Gentile, M. Specchio, M. Specchio, A. Ratcliff (Osped. Generale Provinciale T. Russo, Cerignola); S. Ciancio*, G. Elia, F. Greco, A. Gubello, C.G. Indirli, A.R. Martella, E. Micheli, C. Perrone, M.A. Petruzzo, G.P. Zecca (Osped. Civile, Copertino); T. De Pascalis*, M.R. Murgia, A. Quarta (Osped. Civile S. Maria Novella, Galatina); M. Giorgino (Osped. Civile, Gallipoli); E. Minerba*, A. Macri, M. Proto, M. Teemant, A. Tronci, M.A. Verdecchia (Osped. Civile Michele Tamborino, Maglie); G. Presta*, M. Chiarelli, A. Orsini (Presidio Ospedaliero S. Camillo de Lellis, Mesagne); S. Chiarappa* (Osped. Generale S. Maria degli Angeli, Putignano); P. Paolucci*, Battista, Germaine, F. Frascolla, Lombardozzi, M. Pastore, M. Pellegrino (Osped. Generale, S. Giovanni Rotondo); A.M. D'Onofrio*, G. Bilancia, R. Bubba, R. Cera, L.R. De Lallo (Osped. Teresa Maselli Mascia, San Severo); E. Lavegas*, A. Ricci, G. Sarli (Osped. Generale Regionale SS. Annunziata, Taranto); De Cosmo*, Brucoli, T. Chirico, De Palma, Tota (Osped. Generale Provinciale, Terlizzi); **Sardegna:** G. Fanciulli*, L. De Luca (Osped. Civile, Alghero); G. Cambosu*, L. Monti, A.M. Ortu (Osped. S. Martino, Oristano); **Sicilia:** G. Magazzù*, M. Lombardo, G. Traina (Università degli Studi, Policlinico Universitario, Messina); D. Agnello*, E. Bragion, M. Citrano, R. Mulè, S. Tuminello (Presidio Ospedaliero Villa Sofia, Palermo); L. Romano*, S. Gullotta, R. Masseria, M. Noto (Presidio Ospedaliero Casa del Sole, Palermo); P. Fonte*, A. Carollo, F. Siragusa (Osped. S. Antonio Abate, Trapani); **Toscana:** S.G. Gragnani*, M. Leonardini, R. Rocca (Osped. Generale di Zona, Cecina); I. Giani* (Osped. Civile, Montepulciano); M. Augello, P. Del Carlo, G. Tommasi, Pietrasanta); G. Cortelli, A. Anichini, M. Di Lillo, A. Stagi, Pontedera); **Trentino Alto Adige:** A. Di Palma*, I. Faietta, C. Marchesoni (Osped. S. Chiara, Trento); **Umbria:** A. Cosimi*, V. Mencarini, G. Pennoni (Osped. Calai, Gualdo Tadino); **Veneto:** L. Staccherò*, E. Nicoletti (Osped. Civile, Camposampiero); A. Deganello*, G. De Stefano, F. Michielutti, P. Perdonà, E. Spezia, G. Zaronetello (Osped. Civile, Isola della Scala); M. Chirico*, M.R. dal Borgo, F. Donzelli (Osped. Civile Umberto I, Mestre); G. Cattarozzi*, A. Barzam (Osped. Regionale Provinciale, Mirano); C. Crivellaro*, G. Cristante (Osped. Civile, Monselice); P. Brisotto*, M.S. Ballom, S. De Lazzari (Presidio Ospedaliero, Montebelluna); A. Pulella*, Del Bianco, Drigo, M. Saccarola (Presidio Ospedaliero, Portogruaro); M. Malventano*, P. Borella, G. Braghin, A. Cirillo, M. Gardina, R. Giacomini, F. Sclaro, G.F. Temporin (Ente Ospedaliero S. Maria della Misericordia, Rovigo); M.P. Piccinini*, M.R. Pedrotti, M. Sartore Osped. Civile, Schio); C. Noro*, S. Bonetti, D. Origano (Ospedale Civile, Soave); D. Sardei*, F. dal Prà, F. De Feo, C. Sbalchiero (Osped. Boldrini, Thiene); M.G. Santangelo*, C. Casarotto, G. Parlato, L. Schievena, A. Soardi (Osped. Civile, Vicenza).

*= Coordinatori dei singoli centri



Sostegno alle madri in difficoltà. Proposta per un patto di cittadinanza

Paolo Siani

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

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 31

Gli aiuti economici alle famiglie sono davvero utili per l'inserimento sociale e civile dei bambini? Una proposta da Napoli.

Un mini salario per le mamme povere che in cambio dovranno garantire l'inserimento sociale dei loro figli, a cominciare dalla scuola dell'obbligo. La proposta è stata avanzata dal Sindaco di Napoli, Antonio Bassolino, alla Camera dei Deputati durante un seminario di studio sul Mezzogiorno e l'Europa nel mese di luglio scorso. Ernesto Caffo nel corso dello stesso convegno, ha duramente criticato la proposta Bassolino con la motivazione che gli aiuti economici non sono sufficienti per l'inserimento sociale e civile dei bambini. Ben più utili sono aiuti strutturali e servizi per l'infanzia. Il rischio della proposta di Bassolino è, secondo Caffo, di ricadere nel tanto deprecato "assistenzialismo". Secondo Bassolino, invece, le infrastrutture da sole non bastano a garantire uno sviluppo che per le regioni meridionali passa attraverso un salto culturale che solo la scuola e la formazione possono assicurare. Pertanto c'è bisogno di un vero e proprio "patto di cittadinanza" che consiste nel versare alle mamme povere un salario minimo a patto che queste si impegnino con l'amministrazione comunale a portare i bambini ai controlli sanitari (bilanci di salute, vaccinazioni, ecc.) e assolvano all'obbligo scolastico. Se la mamma non rispetta il patto viene sospeso l'aiuto economico. La proposta Bassolino, che può trovare applicazione grazie ai fondi della legge 285, contiene, secondo Giorgio Tamburlini - Presidente ACP - un elemento forte che è la presa in carico da parte delle amministrazioni comunali delle mamme in stato di disagio sociale. A Napoli le mamme con un livello di istruzione inferiore alla 5ª elementare sono 6.215, e i dati di innumerevoli ricerche dimostrano che i bambini a rischio sociale sono svantaggiati rispetto ai loro coetanei sia sul piano sociale sia sanitario. L'elemento decisivo per modificare il loro destino è la condizione della madre. Più è alto il grado di istruzione, più soldi è in grado di

investire per i suoi figli, più è alto il grado di sostegno affettivo che è in grado di assicurare ai propri bambini e migliore sarà il futuro della sua prole. Secondo Giorgio Tamburlini l'obiettivo di chi ha a cuore l'infanzia è sostenere queste madri. Il problema è come farlo in attesa che le grandi politiche economico-sociali riducano sempre più il numero delle famiglie in difficoltà. L'ACP ha partecipato sia a Messina che a Napoli alla realizzazione di un progetto di aiuto alle nuove madri in condizioni di grave disagio sociale. L'Amministrazione Comunale di Napoli in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Napoli 1 ha realizzato un progetto d'identificazione delle donne in gravidanza e dei neonati a rischio sociale per attivare attorno ad essi una rete di protezione non solo sanitaria (con l'offerta attiva di tutti i servizi della ASL) ma anche sociale (aiuto per gli affari di casa, facilitazioni nei rapporti con i servizi sociali e sanitari ecc). In questo contesto si inserisce la proposta del Patto di cittadinanza avanzata dal Sindaco di Napoli e in questo quadro il patto può contribuire a sviluppare, secondo Giorgio Tamburlini, le competenze dell'essere genitore fornendone le condizioni minime materiali. Solo così si evita di ricadere nell'assistenzialismo che tende a cronicizzare le situazioni di disagio e non a risolverle, per cui il minisussidio economico va ad integrare un supporto di ben altra natura. La legge 285 apre nuove possibilità di finanziamento per chi si vuole impegnare in attività finalizzate al supporto dell'infanzia in situazioni di disagio ma c'è il rischio della dispersione in molti progetti diversi senza una linea portante che quindi renderebbe meno efficaci gli interventi. La proposta del "patto di cittadinanza" inserita in un programma complesso di aiuto potrebbe essere una proposta unitaria da sperimentare anche in altre realtà difficili al sud come al nord. ■

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



Considerazioni sul documento ACP relativo ai servizi per l'età evolutiva

Con qualche tempo di ritardo abbiamo deciso, come ACP Abruzzo, di esprimere il nostro parere su quanto pubblicato come proposta dall'Associazione Culturale Pediatri per un utilizzo ottimale delle risorse del SSN. La prima osservazione che ha trovato tutti concordi è che un lavoro di questo tipo non era mai stato effettuato da altri gruppi culturali né, tanto meno, da gruppi sindacali, è pertanto in sé estremamente positivo. Ha infatti indotto, anche quelli tra noi più "pigri", a riflettere su aspetti squisitamente socio-sanitari organizzativi che vanno al di là di ciò che abbiamo sempre ritenuto essere nostra unica competenza e cioè i contenuti culturali e scientifici a verifica e garanzia della qualità del nostro lavoro di pediatri di libera scelta. Evidentemente si sta crescendo culturalmente ma nel senso più ampio del termine. In tale lavoro è pregevole la complessità di analisi socio-sanitaria che si estende dal territorio alla Medicina "strutturata", per l'individuazione degli obiettivi da raggiungere, per la ricerca di indicatori di qualità, per la definizione di ruoli e loro possibili concatenazioni al fine di migliorare il servizio agli utenti, razionalizzare la spesa, e non ultimo per rendere più gratificante il lavoro del pediatra. Allora tutto bene, solo plauso? No, in molti di noi sono sorte delle perplessità, dei dubbi che inizialmente ci hanno dato delle difficoltà di razionalizzazione espressiva probabilmente perché indotti da motivazioni profonde, inconscie che richiedono tempi più o meno lunghi di coscientizzazione. Siamo allora partiti da una domanda a noi stessi: "Prima di commentare quanto Altri hanno elaborato, io che tipo di pediatra di libera scelta voglio essere? Come voglio lavorare? Cosa intendo per miglioramento delle mie condizioni lavorative?". Sicuramente la maggior parte di noi vuole superare l'isolamento culturale e professionale. Indubbiamente la pediatria di gruppo, in tal senso, rappresenterebbe una buona via da seguire, ma, come lo stesso Tamburlini

dice nell'editoriale su Medico e Bambino di settembre '98, non è essa la panacea, poiché i problemi dell'assistenza sanitaria vanno ben oltre e riguardano l'organizzazione della continuità assistenziale, le modalità di accreditamento, l'individuazione corretta di obiettivi e bisogni, la formazione, la funzione degli ospedali di secondo livello, i duplicati e gli eccessi di offerta di medicalizzazione che inducono una domanda incontrollata dell'utente.

Una delle sensazioni che abbiamo avuto leggendo tale documento è che mentre per le altre figure mediche, vedi l'ospedaliero e l'universitario, è sempre la struttura ad essere analizzata, studiata ed anche criticata, perché loro sono parte di una struttura, per la pediatria di libera scelta è direttamente il medico nella sua persona ad essere giudicato sull'organizzazione del lavoro, in quanto solo ma soprattutto non strutturato. Eticamente questo non lo accettiamo. Sottoliniamo, come già altri hanno fatto, che non siamo liberi professionisti ma un ibrido con vantaggi e limiti della libera professione e con i limiti e non i vantaggi della dipendenza. L'attuale modello organizzativo della pediatria di libera scelta (vedi A.C.N.) non è riuscito a rispondere in maniera soddisfacente alle esigenze di continuità ed integrazione delle cure secondo quanto ipotizzato o auspicato dall'Associazione culturale, ma l'Associazione culturale non ha cercato una via adeguata di espressione e di realizzazione normativa. D'altro lato non è accettabile che in tale documento ci sia talora un linguaggio semplicistico e eticamente offensivo con frasi del tipo: "... ha raggiunto livelli incredibili" l'accesso ai Pronto Soccorsi per problemi risolvibili nell'area delle cure primarie. Ciò è stato interpretato da più parti come una conseguenza della tendenza dei pediatri di LS a far scivolare verso l'ospedale impegni istituzionalmente loro. In verità ci sono dati che indicano che se questi bambini si rivolgero al loro pediatra invece che al PS il lavoro aumenterebbe di poco: da 0.5 a 1 visita in più al giorno per pediatra. La superficialità è riferita all'affermazione non correttamente documentata che l'aumento di accesso ai Pronto Soccorsi dipende dai Pediatri di LS; affermazione che diventa eticamente offensiva nella conclusione con la quale viene messa in dubbio

la nostra serietà professionale, intellettuale e la nostra moralità. L'insistenza sulla pediatria di gruppo ci è sembrata al di là della positività in sé un'ipotesi utopistica e tra l'altro pericolosamente strumentalizzabile in sede di una futura contrattazione politica. Utopistica perché evidentemente si ignorano le realtà differenti non solo sul territorio nazionale, ma anche tra le città di una stessa regione, tra i quartieri di una stessa città, per non parlare poi dei territori comprendenti piccoli paesi con situazioni medico-lavorative difficilmente conciliabili. In quanto "liberi professionisti" i pediatri sono "liberi concorrenti", resi tali anche dalla cosiddetta "libertà di scelta" del genitore. Che dire poi delle profonde diversità culturali: i contenuti e quindi il messaggio ACP arrivano a poco più di un terzo della Pediatria di L.S. Non dimentichiamo poi che solo una parte della popolazione infantile è assistita dai pediatri, il resto è appannaggio della medicina generalistica. Indubbiamente ove realizzabile per le condizioni oggettive e/o per nobiltà intellettuale e fine "sentire", la pediatria di gruppo ben venga. Politicamente, nel senso di politica-sanitaria, è quanto di più difficile da realizzare anche per le molteplici situazioni esistenti negli Assessorati Regionali o troppo avanti o troppo ottusi ove anche il minimo problema organizzativo e di programmazione economica crea panico e sconcerto. Non è superfluo porre a questo punto anche una domanda: spesso nel documento vengono utilizzati i termini di "associazioni di pediatri..." "...consorzi..." sono solo sinonimi? Attenzione perché a livello contrattuale possono creare confusioni interpretative. Ben distinti sono l'associazionismo e la pediatria di gruppo (vedi art. 53 e 54 del D.P.R. 613/96). L'associazionismo potrebbe essere visto dalla parte pubblica come un escamotage per l'attuazione di un servizio di continuità assistenziale, dall'altra un modo per avere un maggior numero di iscritti a scopo esclusivamente economico dando un'immagine di falso efficientismo a discapito della qualità professionale; in un'ulteriore ipotesi potrebbe favorire la gestione in maniera privatistica dell'assistenza pediatrica attraverso anche "...accordi indiretti con altri soggetti..." (art. 53 comma 1 D.P.R. 613/96). Altro punto importante è quello dell'accreditamento. Certo anche la



pediatria di famiglia è giusto che venga sottoposta a una verifica di qualità. Noi preferiremmo esprimerci in termini di autoaccreditamento; intendendo con ciò la capacità di individuare indicatori di efficienza ed efficacia nella nostra attività ambulatoriale per conseguire un'autoverifica di qualità. Quest'ultima non è sicuramente da riferire al numero di visite effettuate, al numero di ore di disponibilità telefonica, ecc..., ma alla capacità di migliorare i propri comportamenti diagnostici, terapeutici e di prevenzione nonché alla capacità di formulare proprie linee guida. È quindi consequenziale sottolineare l'importanza di un'adeguata formazione del Pediatra da effettuarsi secondo tempi e metodi programmati. A nostro parere non possono essere le Regioni, almeno quelle lacunose in tal senso, ad occuparsene. Omettiamo di riferire la nostra melodrammatica esperienza nella Regione Abruzzo. La scelta dei corsi, la scelta delle priorità dei temi, le metodologie didattiche per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, a nostro parere devono essere affidate alla Regione, d'intesa con gli Ordini dei Medici ed i sindacati di categoria, a Società o Associazioni Scientifiche accreditate dalla FNOMCeO.

Il problema organizzativo del SSN è indubbiamente complesso e deve essere affrontato pertanto sia nei contenuti culturali sia in quelli socio-politici; ma è tutto il mondo medico che deve sensibilizzarsi a questo nuovo linguaggio al fine di essere sempre più protagonisti dell'organizzazione del proprio lavoro.

A livello locale abbiamo fatto vari tentativi di discussione costruttiva avanzando proposte, pur se non di così ampio respiro, specie durante le contrattazioni regionali. Abbiamo colto però da parte dell'Assessorato alla Sanità solo "l'esigenza-dovere" di soddisfare gli articoli di legge, senza alcuna progettualità, senza un fine, senza il pathos necessario.

Ecco da cosa scaturiscono il nostro pessimismo e le nostre perplessità sulla possibilità che tale documento faccia breccia nella parte pubblica, così come da voi auspicato, a ciò si aggiunge la preoccupazione per una lettura di esso non appropriata con possibilità di estrapolazioni di contenuto facilmente strumentalizzabili.

ACP ABRUZZO

La lettera dei colleghi abruzzesi ha un forte significato positivo in quanto è l'espressione di un gruppo che ha discusso il documento in maniera approfondita. Li ringraziamo per le osservazioni generali che sono precise. Quanto ai punti critici essi sono sostanzialmente due: i Pronto Soccorsi e l'associazionismo. Non ci pare di avere gettato la croce addosso ai pediatri di famiglia per l'accesso eccessivo ai PS. I dati che i colleghi riportano sulla sostanziale non influenza dell'attività dei PS sulla mole di lavoro di un Pediatra di famiglia (0.5-1 visite in più) è un dato dell'ACP ed è stato più volte citato proprio come prova "a discarico". Per quanto riguarda il lavoro di pediatria di gruppo il termine Associazione è quello istituzionale (contrattuale e del decreto legislativo 1999); il termine consorzio o cooperativa è quello che deriva da esperienze privatistiche in atto, per quanto sappiamo, specialmente in Emilia-Romagna e nel Lazio. Circa l'accreditamento forse è tempo di pensare (è scritto nel documento) a tentativi di autoaccreditamento, cioè di accreditamento volontaristico fra pari. Ci pare che in seno alla redazione di Medico e Bambino si sta pensando a formalizzare una proposta del genere.

Il costo dei lattini

Nel giugno di quest'anno ero con mio figlio Luca a Trieste e lì ho acquistato una scatola di Milumil 2. L'acquisto è avvenuto in una farmacia ed il prezzo della scatola (900 gr.) era di Lit. 34.000.

La stessa scatola (identica!) a Berlino, dove risiedo, costa 16.9 marchi; scandaloso! Ho provato a chiedere alla farmacista il perché dell'esagerata differenza, ma non ha saputo rispondermi ed è anzi rimasta molto sorpresa, quasi incredula, per ciò che le avevo detto.

Trovo tutto ciò estremamente scandaloso anche perché conosco mamme che hanno dovuto, per necessità, dare latte in polvere ai loro figli fin dai primissimi giorni; non posso che pensare che queste ditte lucrano su un bisogno. Voglio anche fare notare altre due cose: che il latte in polvere Milupa (1,2,3) è fra i più cari in Germania (assieme ad HIPPI, ALETE ed altri) e che

la stessa differenza di prezzo l'ho riscontrata fra gli omogenizzati.

Marta Diminich in Beoulcke

Non aggiungiamo commento alcuno a questa lettera rimandando, semmai, al commento che sul numero 4 di Quaderni acp abbiamo fatto alla lettera di Franco Panizon. La nostra interlocutrice è stata così precisa che ci ha allegato la ricevuta del pagamento. È a disposizione. D'altra parte la differenza di prezzo fra l'Italia e l'estero ci sembra un dato oramai acquisito. Qualcuno di noi, della redazione di Quaderni acp, ha potuto verificare che, nella catena CVS degli USA, il Similac with Iron è venduto a \$ 8.1, in Italia, nelle farmacie il Similac normale lo abbiamo trovato a Lit. 23.500.

La "Idoneità" in Neonatologia

Chi scrive è il Presidente dell'Ass. Pediatri Ospedalieri del Lazio (APOL) una giovane associazione che raccoglie il consenso della quasi totalità degli ospedalieri del Lazio. Abbiamo sentito il dovere di scrivere una lettera a tutti i neonatologi iscritti alla Società Italiana di Neonatologia per quanto sta accadendo circa il Regolamento per l'accesso al 2° livello dirigenziale di Neonatologia; di fatto, nonostante la figura del Primario sembra scomparire, per accedere ai ruoli più elevati dalla Dirigenza Medica (incarichi quinquennali per responsabili delle UU.OO) valgono ancora i criteri di idoneità. Su questi criteri di idoneità il Ministero della Sanità, prima di emanare il regolamento, ha chiesto suggerimenti alla Società di Neonatologia (SIN). Questa ha elaborato un documento nel 1998. Il documento è stato illustrato ai Presidenti Regionali a Roma il 23 gennaio 1999. Il rappresentante del Lazio, G. Licata, giudicava alcuni criteri inaccettabili perché ostativi delle aspirazioni dei neonatologi ospedalieri (cito: la obbligatorietà di 40 ore di insegnamento, la richiesta di 75 guardie o reperibilità "certificate", il servizio prestato negli ultimi cinque anni esclusivamente in strutture accreditate per la



Terapia Intensiva Neonatale). Perciò Licata ne chiedeva la modifica ottenendo una larga approvazione. Il 19 aprile, al congresso nazionale di Stresa, sono stati dedicati solo alcuni minuti alla lettura del documento; lo abbiamo ritenuto insufficiente e lacunoso sollecitando un nuovo incontro nel quale sono state chieste sostanziali modifiche. Ci è stato detto che le richieste sarebbero state esaminate entro giugno 1999. Il ministero, però, ci ha comunicato che il documento era già stato presentato esattamente in data 27/11/1998. Tutte le Società Pediatriche del Lazio (SIP, SIN, Medicina d'urgenza) hanno fatto notare che la neonatologia è tuttora una branca delle discipline pediatriche e non una specialità, e che il DPR 48 del 10/12/1997 definiva la Neonatologia come equipollente della Terapia Intensiva Neonatale. Del resto il requisito dell'insegnamento, richiesto dalla SIN, porterebbe una subalternità assoluta per gli ospedalieri, nè si può accettare che venga valutato solo il percorso professionale degli ultimi cinque anni. Questi "paletti" escluderebbero il 95% degli iscritti alla Società di Neonatologia. Noi abbiamo proposto:

1) che il servizio dei cinque anni sia valutato globalmente nella carriera o sia sostituito da un servizio di 10 anni in Patologia Neonatale e di almeno 6 mesi in Terapia Intensiva,

2) che il titolo d'insegnamento sia valutato ma non possa costituire titolo indispensabile.

Pertanto l'APOL ha inviato una lettera a tutti i soci della SIN, perché sia chiesta una assemblea straordinaria della SIN stessa, ha inviato una nota al Ministero ed al Consiglio superiore di sanità e ha informato gli organi di stampa. Una delegazione dell'APOL è stata ricevuta al Ministero della Sanità il 29 luglio.

Intanto sul settimanale *l'Espresso* del 5 agosto è uscito un grave attacco all'attività professionale di G. Licata che può essere stata "suggerita" da interessi di parte.

Giuseppe Claps

Chiediamo scusa a Claps per avere dovuto riassumere un poco la sua lettera. Crediamo, però, di non averne affatto modificato il senso.

Mercanti e santi

Due letture in questi ultimi tempi mi hanno colpito: la lettera di Giorgio Meneghelli "Lo stato dell'assistenza pediatrica in Italia" *Medico e Bambino 1999;1:18* e il libro di Paolo Cornaglia Ferraris, pediatra ligure, dal titolo "Camici e pigiami", Laterza 1999.

Queste letture ci costringono, credo, dopo molti anni di professione, come medici della nostra generazione e come ACP, ad un esame di coscienza.

Comincio dal libro di Cornaglia - Ferraris. Egli ci presenta una visione manichea dei singoli medici, da un lato i mercanti pronti a vendere l'anima per un piatto di lenticchie e dall'altra i santi, puri nella loro umiltà e duri nel loro sacrificio. La realtà degli individui non è questa. Ognuno ha i suoi vizi e le sue virtù. Se qualcuno, anche dell'ACP, non ha mai presenziato ad un congresso sponsorizzato da qualche ditta o non ha mai partecipato ad un concorso sostenuto da qualche maestro od amico, alzi la mano e si faccia avanti, sono curioso di conoscerlo. Ma non sono i singoli individui che costruiscono la società, non sono i singoli medici che fanno la medicina così com'è. Gli individui si associano, si riuniscono, deliberano, agiscono, come associazioni culturali, società scientifiche, sindacati, partiti, istituzioni, enti e sono questi che determinano la realtà sociale. Le associazioni, queste sì, sono virtuose o viziose a seconda che siano rivolte al bene comune della collettività oppure agli interessi di stratificazioni sociali più o meno ristrette.

A giudicare dagli elementi forniti da Cornaglia - Ferraris e da Meneghelli, le associazioni mediche sono state più viziose che virtuose, producendo servizi sempre più scadenti a costi sempre più alti. La lievitazione della spesa ospedaliera e dei ricoveri inutili, il meccanismo perverso dei DRG, la latitanza dei medici di base preoccupati più di procurarsi prestazioni aggiuntive che di assicurare una disponibilità costante ai propri assistiti, forniscono nel libro e nell'articolo un quadro desolante e in caduta libera della classe medica italiana. E noi dove eravamo? E l'ACP?

Credo che siamo una associazione troppo santa, elitaria, che ha per lo più evitato di

sporcarsi le mani o di venire alle mani con le associazioni dei mercanti, chiudendosi in uno splendido isolamento o appiattendosi su compromessi innocui. Farò qualche esempio, andando con la mente dal presente al passato, col rischio di colpire qualcuno e in primo luogo me stesso.

L'ACP promuove il Centro per la Salute del Bambino, ponendo come esigenza di "stabilire collaborazioni con e tra le altre discipline che si occupano di salute dell'infanzia e più in generale con discipline che si occupano della condizione del bambino", e il Direttivo è fatto dei soliti noti, che girano nei vari Comitati Direttivi vicini all'ACP (sono grato a Biasini di non averci messo anche me) senza coinvolgere personalità di altri orientamenti e discipline. L'ACP si avvicina ad un argomento così scottante come l'abuso infantile ed ignora di raccordarsi con chi di questi temi si interessa da tempo come le associazioni degli psicologi, dei neuropsichiatri infantili o telefono Azzurro.

Abbiamo affrontato, lancia in testa, una ricerca complessa come quella sulle malattie croniche e sull'handicap neuropsichico con un'ottica prettamente pediatrica, ignorando potenziali contributi scientifici ed umani di altre discipline, giungendo a conclusioni ampiamente prevedibili e senza incidere in nulla sull'organizzazione dei servizi per l'handicap, oggi avviati verso una penosa china discendente in tutte le regioni, compresa l'avanzata Emilia Romagna.

Mai in un congresso ACP, compreso l'ultimo di Taormina, ho sentito un pediatra di base ACP prendere una posizione pubblica contro il contratto corporativo della FIMP, che paga ai pediatri di base come prestazioni aggiuntive l'assistenza di base che ciascun medico dovrebbe fornire al suo assistito, con stipendi primariali, mentre il pediatra di base non ha modificato in nulla, da quando esiste, l'appropriatezza dei ricoveri, visita ormai solo per appuntamento, lesina le visite domiciliari, né ha saputo affrontare se non a parole le nuove emergenze psicosociali. Né i pediatri ospedalieri hanno mai attaccato pubblicamente le posizioni corporative di A.N.A.A.O e A.N.P.O. a difesa della attività libero-professionale extramuraria o la piramide feudale di cooptazione, inventata



da De Lorenzo, che lega oggi Assessore Regionale alla Sanità, Direttori Generali e Dirigenti Ospedalieri.

Abbiamo scritto un bellissimo documento sul Dipartimento Materno-Infantile, ma, trascurando rapporti costanti col Ministero della Sanità che è il nostro, nessun ACP era presente nella Commissione Ministeriale per il documento sul Progetto Materno-Infantile, dove invece erano ben rappresentati i rivali dei santi.

Disdegnosi di iscriverci anche alla S.I.P., abbiamo lasciato la Società Italiana di Pediatria in mano ai rivali, rifiutando di combattere o andando incontro a sicura sconfitta, immolando sull'altare del sacrificio il più santo di tutti noi.

Le volte che abbiamo tentato di confrontarci con le altre discipline dello sviluppo (mi riferisco ad una esperienza fatta a Cesena qualche anno fa e c'erano i più santi di tutti noi) abbiamo dato agli "altri" un'immagine talmente presuntuosa e pediatrocentrica che gli "altri" se ne sono andati dal Convegno augurandosi in cuor loro di non incontrarci più... Tutto ciò può sembrare un po' autolesionistico, ma ai santi, si sa, piace soffrire. Vorrebbe avere anche la pretesa di aprire una discussione forte prima che qualcuno ci dia ragione dopo morti, come capita appunto ad artisti e santi.

Francesco Ciotti

La lettera di Francesco Ciotti solleva molti problemi, forse troppi per consentire una discussione adeguata. Di proposito trascurerò alcuni aspetti per soffermarmi prima su alcune precise contestazioni, poi sul senso generale della lettera di Ciotti. Centro per la Salute del Bambino: la realtà è esattamente l'opposto di quanto Ciotti teme. Il primo Consiglio Direttivo deve essere costituito a norma di legge nell'ambito dei fondatori dell'associazione contestualmente all'atto costitutivo. Necessariamente quindi è stato costituito dai soliti noti, e ciò sarà fino alla prima assemblea che provvederà ad eleggere un consiglio direttivo permanente. Ciò che conta è che il Comitato Scientifico, che non compariva nella presentazione apparsa su Quaderni acp in quanto la sua costituzione non era ancora completata, preve-

de la presenza di altre discipline. Ecco l'elenco dei componenti: Paola De Nicola, sociologa, per le politiche sociali; Paola Di Blasio, psicologa, per l'abuso e il maltrattamento; Paolo Giannino, giudice dei minori, per la giustizia; Anna Maria Gilberti, educatore, per l'istruzione; Gaetano Giunta, amministratore, per le politiche degli enti locali; Pietro Greco, giornalista scientifico, per la comunicazione scientifica; Franco Nardocci, neuropsichiatra infantile, per la salute mentale; Anna Pace, per l'associazione dei genitori; Giordana Panegos, psicopedagogista, per i servizi per l'infanzia; Franco Domenighetti, medico di salute pubblica, per la salute comunitaria; Anita Regalia, ginecologa, per la gravidanza e il parto; Aidan Macfarlane, pediatra, per la salute degli adolescenti. Ciò a testimoniare che la direzione è esattamente quella di costituire uno strumento interdisciplinare per attività interdisciplinari.

Abuso infantile: l'ACP ha iniziato ad occuparsi formalmente di abuso con il corso organizzato da Dante Baronciani nel gennaio del '98 in collaborazione con il Centro Nazionale di Documentazione per l'Infanzia e il CBM. L'ACP ha fatto parte, nella persona del sottoscritto, della Commissione nazionale che ha nel settembre '98 prodotto le linee guida su questo tema, attraverso un lavoro che ha coinvolto le diverse professionalità e i diversi soggetti istituzionali, lavoro che riteniamo ottimo e il cui merito va essenzialmente attribuito al coordinamento del Ministero della Solidarietà Sociale.

Al recente congresso nazionale dei centri del coordinamento italiano dei servizi contro l'abuso e il maltrattamento, tenuto a Bergamo il 4 e 5 giugno, eravamo presenti proprio per un confronto con le altre discipline. ACP e contratti FIMP: la visione riduttiva, e a mio avviso autolesionistica, alla base di alcune componenti della convenzione FIMP è stata più volte contestata da pediatri di famiglia ACP e in diverse sedi, senza contare che molti pediatri di famiglia dell'ACP portano in ambito FIMP una utile dialettica. Sono meno informato su quanto effettivamente facciano i pediatri ospedalieri ACP rispetto alle posizioni "corporative" dei sindacati medici ospedalieri. Documento

sul Dipartimento materno-infantile: il rapporto con il Ministero (e non dimentichiamo, con le Regioni) non è stato trascurato; tutt'altro il documento è stato presentato al Ministero, alla Commissione incaricata del progetto Materno-Infantile, alle Regioni.

Abbiamo ragione di ritenere che in molti casi siamo stati ascoltati e che il documento - cosa d'altronde che dipende molto anche dai gruppi locali - avrà influenza sulle attività materno-infantili in molte regioni. La commissione che ha elaborato il progetto obiettivo Materno-Infantile non comprendeva alcun rappresentante dell'ACP ma non credo che il nostro obiettivo debba essere quello di far parte di tutte le commissioni, né faremo mai a gomitate per questo. In ogni caso, ora siamo presenti nell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia che ha il compito di consigliare il Governo sulle politiche per l'infanzia.

Se ritengo che le singole contestazioni di Ciotti non siano appropriate, tuttavia, sono molto d'accordo con il significato più generale della sua lettera, in sostanza la necessità per la nostra associazione di non tralasciare il confronto con tutti i soggetti istituzionali per proporre e facilitare i cambiamenti che riteniamo utili. Credo anch'io che nel passato abbiamo peccato di snobismo, e che tuttora si pecchi spesso di presunzione. Nei limiti delle nostre risorse, anche personali, ciò che tentiamo di fare è esattamente quello di produrre il cambiamento interagendo il più possibile con tutti gli interlocutori.

A questo proposito mi tocca addirittura rimproverare Ciotti quando utilizza il termine "mercanti" riferendosi ai "rivali". Credo che anche questo atteggiamento vada superato poiché il confronto non può basarsi sulla convinzione che l'interlocutore sia peggiore di noi, a priori. Altrimenti si ricade nel peccato, che Ciotti condanna, di ritenersi, appunto, "santi". C'è un recente esempio che merita di essere ricordato.

Come tutti sanno è in corso in ACP una consultazione per l'approvazione di un impegno di regolamentazione con i rapporti con l'industria, argomento molto discusso. Abbiamo proposto di condividere un testo comune con le case che produ-



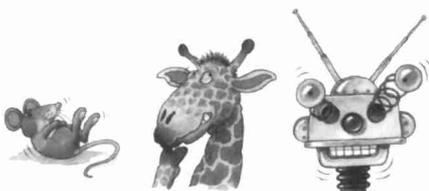
cono latte e alimenti per l'infanzia, con l'industria farmaceutica e, naturalmente, con la SIP. Abbiamo contattato tutti ricevendo manifestazioni di interesse, ma per il momento - con l'eccezione importante della FARMINDUSTRIA che ha in effetti già approvato un suo codice per molti aspetti simile all'attuale testo in discussione in ambito ACP - nessuna risposta concreta. È chiaro, l'obiettivo finale è che alcune regole siano adottate da tutti e che l'impegno proposto ai soci ACP è un modo per raggiungere questo obiettivo, oltre che per far procedere una discussione e far maturare il tema al nostro interno. Si tratta di trovare il giusto equilibrio tra capacità di elaborazione e innovazione, che è sempre stata caratteristica ACP, e capacità di produrre il cambiamento. Idee e fatti, purtroppo non sempre vanno d'accordo né discendono gli uni dalle altre. Noi ci proviamo.

G. T.

Svezamento scippato

Molti anni fa i soliti ignoti scipparono lo svezzamento alle madri e fecero bene. Molti anni fa gli errori dietetici commessi nel primo anno causarono e causano patologie acute: intolleranze alimentari, allergie, diarree acute e croniche, malnutrizione, carenze alimentari e di oligoelementi, patologie cardiovascolari, allergiche, endocrinometaboliche (*Doctor pediatria* 1995;3:10, *Riv It Ped* 1989;15:346, *Ann. Ist Sup San* 1995;31:419, *Aggiorn Med* 1998;2:2, *Bambini e Nutriz* 1995;3:2, *J Pediat* 86 [anno?]:1:50 delle quali i pediatri sono consapevoli (*Haschke et al. Carenze di oligoelementi Raven Press* 1993, *Schmidt Lo svezzamento Raven Press* 1993, *Svezamento e allergia Incontro del Circeo*).

Per tale ragione le ricerche e gli studi di fisiopatologia del sistema gastrointestinale e dell'alimentazione si sono susseguiti



negli anni; in conseguenza dei risultati di tali studi, su indicazione anche dei pediatri, si modificarono alcuni comportamenti alimentari delle famiglie nei confronti dei figli nel primo anno di vita.

Lo studio recensito si limita a valutare la situazione nel primo anno di vita.

Ritengo che l'intervento del pediatra su come e perché divezzare dovrebbe essere patrimonio culturale di tutti gli specialisti che curano la salute del bambino.

Se questa cultura comprende il sapere preparare un brodo vegetale o il passato di verdura credo che nessuno si debba sentire sminuito nel ruolo, né credo che nessuno sia costretto a passare qualche ora ai fornelli. Ritengo che questo significhi applicare i principi della Evidence Based Medicine.

Gianni Tamassia

La lettera richiama una recensione pubblicata su *Quaderni acp* (1999;3:39) che commentava un lavoro di Metha e coll. di Cincinnati: bambini alimentati allo svezzamento con cibi preparati dall'industria o - in alternativa - con cibi fatti in casa avevano dimostrato assunzione quantitativa e qualitativa di energia, composizione corporea, crescita antropometricamente misurata sostanzialmente eguali.

Il commento del nostro recensore (forse - lo riconosciamo - eccessivamente ironico) riguardava le pretese dell'industria e dei pediatri di dettare norme alimentari "moderne e postmoderne".

Il nostro lettore, nella prima parte della sua lettera, allarga il discorso ad ambiti (carenze minerali e di oligoelementi, patologie cardiovascolari, endocrinometaboliche da errori alimentari ecc.) non coperti né dalla ricerca recensita né dal commento del nostro recensore; un terreno nel quale non ci sentiamo di seguirlo. Facciamo solo notare che la bibliografia citata, se si esclude il *J. of Pediatrics*, che riguarda un vecchio lavoro napoletano sulla capacità digestiva degli amidi ed è quindi un poco fuori tema, è composta quasi esclusivamente da rassegne e non da lavori originali per cui il richiamo alla EBM forse è eccessivo.

Comunque grazie; terremo a freno l'ironia dei redattori.

Padova e non Milano

Spett. Redazione

in relazione all'articolo della dr. Brunelli "Il bambino maltrattato nell'opera lirica italiana" apparso su *Quaderni acp* (vol. 6 n. 3) mi sembrano opportune due precisazioni:

a) Arrigo Boito non è milanese ma padovano, nacque infatti a Padova il 24 febbraio 1842, si trasferì a Milano nel 1853 ed ivi morì il 10 giugno 1918. Neanche il fratello Camillo, urbanista ed architetto, nacque a Milano, ma a Roma nel 1836.

B) Jules Massenet e Georges Bizet, autori rispettivamente di *Werther* e *Carmen*, sono francesi, quindi la citazione di questi autori e delle loro opere nell'articolo in questione non è appropriata. Cordialmente

Pietro Labate

La frase, imprecisamente riassuntiva, "lo scapigliato milanese Arrigo Boito" voleva far riferimento alla sede dell'attività culturale dell'artista che, molto più che musicale, fu poetica e letteraria: egli fece parte dei promotori appassionati della Scapigliatura che come movimento nacque a Milano.

Il titolo dell'articolo, che in una prima stesura non comprendeva l'aggettivo "italiana", sembrava un po' troppo pretenzioso nella sua globalità per una revisione non completa, né poteva essere limitata all'Ottocento comprendendo *Medea* del 1797. I richiami ai francesi Massenet e Bizet sono stati lasciati, in modo ovviamente arbitrario, un po' per curiosità (sono così pochi i riferimenti all'infanzia che dispiaceva tralasciarli), un po' perché fanno ormai parte consolidata del repertorio classico rappresentato in Italia.

A. B.



ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Tosse o asma?
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Una broncopolmonite a 18 mesi? O altro?
- **Bambini con bisogni speciali**
Salute, povertà, disuguaglianza
- **Il punto su**
I latti formulati addizionati di nucleotidi
- **Saper fare**
Come è buono il latte della mamma
- **Aggiornamento avanzato**
Le difficoltà di lettoscrittura, che fare?

Tosse o asma?

Lucio Piermarini

Pediatra di Comunità, AUSL Terni

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 38

Questa "annotation" di Archives ritorna su un annoso problema di cui ci siamo già occupati in altre recensioni su Quaderni acp. Annoso perché la realtà corrente in Italia, e a quanto pare anche nel Regno Unito, è quella di un uso indiscriminato di farmaci antiastmatici nei bambini con tosse isolata, ricorrente o meno. Anche un recente articolo di Pediatrics (1999;104;187) dimostra un eccessivo uso di antiastmatici nelle forme lievi di asma bronchiale.

Tutti gli studi, ampiamente citati, sulla tosse come variante dell'asma sono basati su prove aneddotiche o sono privi di controllo con placebo. I trial che hanno incluso il placebo non hanno dimostrato alcun effetto dei farmaci. Inoltre la valutazione del sintomo tosse, sia come frequenza che come intensità, è stata per lo più basata sul ricordo dei familiari piuttosto che su misurazioni obiettive strumentali; questa modalità valutativa è caratterizzata da una scarsa ripetibilità. L'uso di questi criteri per la diagnosi di asma potrebbe anche essere responsabile dell'asserito, in diversi studi epidemiologici, aumento della prevalenza di asma negli ultimi anni. L'equivoco da chiarire è che la tosse si accompagna all'asma, può essere un criterio per seguire il decorso dell'asma, ma non è una conseguenza diretta dell'asma. Si corre così il rischio di classificare irragionevolmente un bambino asmatico con una tosse severa nella categoria di asma grave e influenzarne erroneamente la terapia. In realtà c'è la prova sia clinica che di laboratorio che la tosse e la broncocostrizione seguono due vie differenti. I farmaci (cromoglicato e atropina) che inibiscono la broncocostrizione farmaco-indotta non hanno alcun effetto sulla tosse, mentre la lignocaina inibisce la tosse ma non influenza la broncocostrizione. Almeno tre gruppi non hanno trovato correlazione clinica tra gravità della tosse e gravità dell'asma. Nei bambini con asma non è stata trovata relazione tra sensibilità dei recettori della tosse (SRT) e calibro delle vie respiratorie (FEV1) sia in fase acuta che negli intervalli fra le crisi. Si può dedurre che mentre lo stimolo iniziale può essere lo stesso per la tosse e la broncocostrizione, i recettori sono diversi. Quello che ancora non si sa è perché alcuni individui abbiano una elevata SRT e presentino perciò spesso una tosse problematica. La SRT è maggiore per stimoli meccanici in laringe e trachea e per stimoli chimici nelle vie respiratorie distali. Non è inoltre elevata nei soggetti con tosse produttiva. Alcuni bambini con tosse ricorrente hanno un'elevata SRT e altri hanno una elevata iperreattività bronchiale (IB); ambedue ritornano ai valori basali quando la tosse scompare. I bambini con asma che hanno una tosse

importante durante gli episodi acuti hanno concomitantemente un aumento della SRT. Al contrario ciò non avviene nei bambini in cui la tosse, durante la crisi acuta, è modesta o assente. In uno studio prospettico di bambini seguiti dalla nascita fino a 11 anni la tosse ricorrente iniziata precocemente si risolse nella maggior parte dei casi. I bambini con tosse ricorrente senza asma non avevano IB né atopia. Come abbiamo già segnalato, e testardamente ripetiamo, l'unico studio randomizzato su salbutamolo e beclometasone in bambini con tosse isolata non ha dimostrato alcuna efficacia e la presenza di IB non prediceva la risposta dei bambini ai farmaci. L'autore conclude quindi che esistono due vie distinte per la tosse e l'asma, che possono essere stimolate singolarmente o simultaneamente a seconda degli stimoli. Alcuni bambini senza storia di asma possono presentare tosse secca insistente; se non c'è broncocostrizione questi bambini hanno semplicemente un'aumentata SRT. Una piccola parte di questi bambini ha anche una elevata IB, ma ciò non permette di prevedere una loro buona risposta ai farmaci antiastmatici. Non è ancora noto, e sarebbe auspicabile uno studio di comunità, se i bambini con IB abbiano una maggiore probabilità di SRT elevata. Non c'è dubbio che alcuni bambini con asma possano presentarsi con la sola tosse, in quanto la broncostenosi lieve può anche sfuggire. Tuttavia la letteratura esistente dimostra che la tosse è un pessimo marker di asma e la maggior parte dei bambini con tosse non hanno asma. Con la solita prudenza viene legittimato, in attesa di ulteriori studi, un breve periodo (di giorni) di trattamento con farmaci antiastmatici in casi selezionati, badando bene ad interrompere il trattamento se non si osserva un beneficio. Un effetto benefico dalla terapia dovrebbe evidenziarsi al massimo entro una settimana. Non esiste prova scientifica dell'utilità di un uso degli steroidi inalatori nei bambini con tosse isolata, così come non ne esiste di un loro uso in corso di virusi respiratorie. ■

Bibliografia

A.B.Chang Isolated cough: probably not asthma *Arch Dis Child* 1999;80:211

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini,
E-mail: tinap@tin.it

QUANTI E PERCHÉ

Dormire proni nonostante la campagna "Back to Sleep"

Obiettivi La SIDS è la principale causa di morte negli Stati Uniti nei nati a termine fra 1 mese e 1 anno di età (circa 6.000 morti per anno). Dall'inizio del 1992, quando l'AAP ha raccomandato le posizioni non prona per il sonno, al 1996 la prevalenza della posizione prona è scesa dal 70% al 25%.

La prevalenza della SIDS si è ridotta del 30%: dall'1,2 per 1.000 nati vivi nel 1992 allo 0,87 nel 1995. Non è però noto nel dettaglio quale sia stata l'effettiva adesione dei genitori alla campagna "Back to Sleep". È possibile che alcuni abbiano continuato a scegliere la posizione prona. Gli autori si sono proposti di determinare la variazione della posizione in cui i lattanti venivano messi a dormire nei primi 6 mesi di vita e identificare i fattori di rischio per la posizione prona.

Setting Children's National Medical Center Pediatric Research Network. Il Pediatric Research Network è una rete di ricerca basata sulla pratica ambulatoriale che opera nell'area di Washington e comprende dieci centri privati suburbani, tre centri pediatrici urbani e un centro militare.

Metodi È stato condotto uno studio prospettico longitudinale su una coorte di bambini con intervento di educazione sui genitori e misura dei risultati mediante valutazione di un diario. È stata reclutata una coorte consecutiva di 402 nati a termine sani dal novembre 1995 al settembre 1996. La maggior parte (355) venivano reclutati presso un reparto di neonatologia ospedaliero e seguiti presso i centri suburbani, il reclutamento degli altri avveniva presso gli ambulatori pediatrici urbani e presso quello militare alla prima visita di controllo. I genitori all'arruolamento ricevevano da parte di un assistente di ricerca o del loro pediatra il consiglio di far dor-

mire il bambino di fianco o supino, in accordo con le raccomandazioni dell'AAP del 1992. Veniva pure consegnata la brochure "Back to Sleep" e un diario dove, a partire dall'età di 1 settimana e fino a 6 mesi, segnalavano la posizione del loro bambino durante il sonno. Ogni mese un assistente di ricerca telefonava alle famiglie per assicurarsi che la posizione durante il sonno fosse registrata. Quando i piccoli compivano 6 mesi venivano raccolti i dati registrati e ai genitori era chiesto quali fattori avessero determinato la scelta della posizione iniziale e l'eventuale cambiamento. Quarantadue pediatri hanno partecipato allo studio durante le loro visite di controllo di salute. Trentaquattro si sono sottoposti alla fine dello studio a una indagine formale per determinare le loro convinzioni e il loro usuale comportamento nei riguardi dei consigli sulla posizione nel sonno. Tutti avevano consigliato ai genitori dei neonati di evitare la posizione prona, ma solo il 33% dava di solito consigli sulla posizione durante il sonno nelle visite al di fuori dell'età neonatale.

Risultati Trecentoquarantotto bambini hanno completato lo studio. Centosessantatré (48,6%) erano maschi; 237 (68%) bianchi. La media dell'età materna era 31,3 +/- 5 anni e il livello di istruzione 15,3 +/- 2,6 anni: si trattava quindi di un campione di livello sociale mediamente alto.

La posizione prona è aumentata dal 12,2% a 1 settimana al 32% a 6 mesi. Il 19,2% è passato durante lo studio da una posizione non prona alla posizione prona. Nonostante i consigli forniti alla prima visita di controllo ambulatoriale, solo 8 dei 40 neonati che erano posti a 1 settimana in posizione prona sono stati messi successivamente in posizione non prona. Il porre il bambino a dormire in posizione prona, sia inizialmente che come posizione abituale durante i primi 5 mesi, era significativamente associato con un più basso livello di istruzione materna (<12 anni), la presenza di altri figli e la razza nera. Circa le motivazioni che i genitori fornivano per la loro scelta iniziale, il 54,9% di quelli che avevano scelto la posizione non prona citavano i messaggi

dei media o le letture e il 32,8% i consigli dell'operatore sanitario. Fra quelli che avevano scelto la posizione prona la maggior parte riferiva la migliore qualità del sonno del bambino o precedenti esperienze. Allo stesso modo l'86,5% dei genitori che erano passati da una posizione non prona alla prona erano stati spinti da un sonno più confortevole.

Conclusioni Gli autori sottolineano che i neonati sono stati reclutati prima della raccomandazione dell'AAP del 1996 che, a differenza di quella del 1992 che consigliava indifferentemente la posizione supina o di fianco nel sonno, afferma che la posizione supina è la più sicura ed è preferibile alla posizione di fianco e alla prona. Riconoscono che lo studio ha il limite dell'accuratezza delle risposte dei genitori e del livello sociale mediamente alto del campione. Entrambi questi fattori possono aver determinato una sottostima della prevalenza vera della posizione prona nel sonno nell'area di Washington.

Ritengono che i medici devono avere un ruolo sempre più attivo nello scoraggiare la posizione prona. La sua incidenza aumenta durante i primi 6 mesi di vita, quando maggiore è il rischio di SIDS. È necessario quindi rinforzare con regolarità il messaggio "Back to Sleep" ai genitori alle visite di controllo dei primi 6 mesi, cominciando il più precocemente possibile. È opportuno che i medici forniscano i primi consigli alla visita prenatale o, qualora non fosse possibile, durante il ricovero in neonatologia.

Il messaggio dovrebbe tener conto che certi gruppi etnici e sociali possono basarsi più sulla personale esperienza e intuito che sui consigli degli operatori sanitari e dei media. È probabile che i genitori pongano prona i loro piccoli se si rendono conto che dormono meglio in questa posizione. Gli operatori sanitari dovrebbero ammettere che i bambini tendono a "dormire meglio" prona, ma dovrebbero avvertire i genitori che questo sonno profondo può essere precisa-

mente quello che pone alcuni piccoli a rischio più alto per SIDS. È particolarmente importante rivolgersi ai genitori con limitato sostegno sociale e a quelli con lattanti con difficoltà temperamentali.

Commento Le conclusioni degli autori sono completamente condivisibili. Vista l'importanza nel determinare la scelta della posizione nel sonno, riusciremo ad avere anche in Italia dei messaggi "Back to Sleep" sui media?

Parole Chiave: SIDS, "Back to Sleep"

M.C. Ottolini Prone infant sleeping despite the "Back to Sleep" campaign *Arch Ped Adolesc Med* 1999;153:512

SORDITÀ CONGENITA

Diagnosi ovvero quando
la fretta non guasta

Obiettivi Confrontare le capacità linguistiche dei bambini sordi e ipoacusici identificati precocemente o tardivamente.

Setting Department of Speech, Language, and Hearing Sciences, the University of Colorado-Boulder, Boulder, Colorado.

Metodi Sono state confrontate le capacità linguistiche, ricettive ed espressive di 72 bambini sordi e ipoacusici, i cui deficit uditivi erano stati identificati entro il sesto mese di vita, e di 78 bambini in cui la diagnosi era stata posta dopo i sei mesi. Tutti i bambini avevano ricevuto un intervento precoce entro una media di due mesi dall'identificazione. Le capacità ricettive ed espressive dei partecipanti sono state valutate con il Minnesota Child Development Inventory.

Risultati I bambini in cui l'ipoacusia era stata identificata entro il sesto mese di vita hanno ottenuto punteggi significativamente migliori per il linguaggio rispetto ai

bambini identificati dopo i sei mesi. Nel caso di bambini con funzioni cognitive nella norma questo vantaggio sul piano linguistico è stato osservato a tutte le età, per tutte le modalità di comunicazione, per tutti i livelli di ipoacusia e per ogni livello socioeconomico. Inoltre appariva indipendente dal sesso, dall'etnia e dalla presenza o meno di handicap.

Conclusioni Uno sviluppo del linguaggio significativamente migliore si associa ad una precoce identificazione di una ipoacusia e a un intervento precoce. Non vi sono differenze significative fra i gruppi identificati precocemente o tardivamente relativamente a diverse variabili spesso associate alle capacità sul piano linguistico dei bambini sordi o ipoacusici. Quindi la variabile in base a cui i due gruppi si differenziano (età di identificazione e di intervento) deve essere considerata la spiegazione possibile del vantaggio sul piano linguistico nel gruppo identificato precocemente.

Commento Che la diagnosi di sordità o ipoacusia congenita debba essere fatta prima possibile nessuno lo contesta. Questo lavoro ci precisa che il prima possibile deve essere prima dei sei mesi di vita piuttosto che dopo. Ne consegue che il Boel test fatto a 7-8 mesi non è la risposta giusta al problema. Nel Regno Unito, dove questo test è uniformemente utilizzato come screening su tutto il territorio nazionale, l'epoca media di inizio del trattamento è circa 18 mesi. Per questa ragione in quel paese si sta tentando di valutare la fattibilità di uno screening con le emissioni otoacustiche in epoca neonatale (confronta *Quaderni acp* 1997;4:32). Che si scelga la stessa via del Regno Unito o il questionario ai genitori o un attento esame mirato del pediatra di base in occasione dei controlli di salute o un qualsiasi altro sistema provatamente efficace non ha molta importanza, purché si arrivi alla diagnosi prima dei sei mesi.

Parole Chiave: Sordità, Screening

C. Yoshinaga-Itano Language of early-and later-identified children with hearing loss *Pediatrics* 1998;102:1161

VACCINO MMR E AUTISMO

Nessun rapporto

Obiettivi Gli autori hanno ricercato l'associazione tra vaccinazione MMR e autismo.

Setting Studio epidemiologico condotto dal Department of Community Child Health, University College di Londra e dalla Immunisation Division, Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Centre di Londra.

Metodi Sono stati presi in considerazione tutti i bambini con autismo nati dal 1979 in otto distretti sanitari del North Thames (Inghilterra). I dati clinici sono stati messi in relazione all'esecuzione della vaccinazione MMR.

Risultati Sono stati identificati 498 casi di autismo. Si è ritrovato un lieve incremento di casi per anno di nascita, senza nessun picco dopo l'introduzione del vaccino. Non vi è stata differenza nell'età alla diagnosi tra i casi vaccinati prima o dopo i 18 mesi e i non vaccinati. Non è stata ritrovata alcuna associazione temporale tra l'inizio dei sintomi di autismo e la vaccinazione.

Conclusioni Gli autori sottolineano che lo studio ha dei limiti. Uno di questi riguarda la correttezza delle diagnosi, in quanto non sempre è stato possibile confrontarle con i criteri standard della decima revisione dell'International Classification of Diseases (ICD) a causa della variabile qualità nella registrazione dei segni clinici. In ogni caso i risultati si sono dimostrati identici anche eliminando i casi dubbi.

Lo studio conferma e estende i risultati di Gillberg e Heijbel (*Autism* 1998;2:423) che non avevano mostrato alcuna evidenza di associazione causale tra autismo e

vaccinazione MMR in Svezia. Gli autori si augurano che il lavoro possa contribuire a migliorare la compliance nei riguardi della vaccinazione.

Commento Noi ci auguriamo che i mass media diano un adeguato spazio ai risultati di questo lavoro, almeno uguale a quello che fu riservato all'articolo di Wakefield e coll. (*Lancet* 1998;351:637), che avanzò il sospetto di una possibile associazione tra autismo e vaccinazione MMR e che provocò, almeno in alcuni paesi (*Lancet* 1998;351:1927), una significativa riduzione nella copertura vaccinale.

Parole Chiave: Vaccini

B. Taylor Autism and measles, mumps, and rubella vaccines: no epidemiological evidence for a causal association *Lancet* 1999;353:2026

CONVULSIONI FEBBRILI

Non sparate sulla febbre

Obiettivi Valutare l'efficacia di una terapia antipiretica intermittente nella prevenzione delle recidive delle convulsioni febbrili.

Setting Dipartimento di pediatria di due ospedali olandesi: il "Sophia Children's Hospital di Rotterdam" e il "Juliana Children's Hospital" di L'Aia.

Metodi Studio randomizzato in doppio cieco, placebo-controllo. Sono stati arruolati bambini con età compresa tra 1 e 4 anni che avevano presentato una convulsione febbrile da non più di 6 mesi. I criteri di inclusione prevedevano la presenza di almeno un fattore di rischio per una recidiva di convulsioni febbrili: anamnesi positiva per convulsioni febbrili nei familiari di primo grado, crisi convulsiva iniziale di tipo multiplo, temperatura della prima crisi

<40°C, presenza di una o più recidive. I bambini sono stati assegnati casualmente ad assumere ibuprofen sciroppo, 5mg/kg/dose, o un placebo ogni 6 ore in caso di febbre con temperatura rettale uguale o superiore a 38,5°C, regolarmente fino a 24 ore dallo sfebbramento.

Risultati Fra il 1° ottobre 1994 e il 1° aprile 1996 duecentotrenta bambini sono stati assegnati casualmente a ricevere ibuprofen sciroppo (111) o placebo (119). Ambedue i gruppi sono stati seguiti per un tempo medio di circa un anno.

Di tutti i bambini partecipanti 67 hanno presentato una prima recidiva convulsiva in iperpiressia, 31 dei quali nel gruppo ibuprofen e 36 nel gruppo placebo. Il rischio di recidive nel gruppo ibuprofen era 0,9 (IC 95%: 0,6-1,5) volte il rischio di recidive nel gruppo placebo, in sostanza non c'era differenza fra i due gruppi. Delle 67 recidive 30 si sono verificate nell'ambito di una buona compliance con il protocollo (assunzione corretta del preparato). L'analisi statistica fatta secondo l'intenzione di trattare ha dato risultati simili a quella fatta per-protocollo (relativa alle recidive verificatesi nel contesto di una buona compliance). Una riduzione significativa della temperatura (0,7°C) dopo l'inizio della febbre nel gruppo ibuprofen rispetto ai controlli è stata osservata in tutti i 555 episodi febbrili considerati. Negli episodi febbrili associati ad una recidiva convulsiva è stato osservato un aumento sovrapponibile della temperatura in ambedue i gruppi, senza differenze significative fra l'analisi fatta secondo l'intenzione a trattare e quella per-protocollo.

Conclusioni L'ibuprofen riduce adeguatamente la febbre nei bambini con convulsioni febbrili, ma in questo lavoro la febbre non veniva ridotta in quegli episodi febbrili associati a una recidiva. La somministrazione di ibuprofen in corso di febbre non previene le recidive di convulsioni febbrili.

Commento La segnalazione che la somministrazione di antipiretici non avesse effetti apprezzabili sulla riduzione delle recidive di convulsioni febbrili non è nuova, ma qui abbiamo un buon lavoro

controllato che indubbiamente rafforza la scelta di una linea di condotta non aggressiva sulle convulsioni febbrili.

Parole Chiave: Febbre, Convulsioni febbrili

M. van Stuijvenberg Randomized, controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illnesses to prevent febrile seizure recurrences *Pediatrics* 1998;102:e51

short

Fimosi: tempi duri per i chirurghi

Tempo fa si era cominciato a parlare di terapia medica della fimosi mediante steroidi topici. Come tutte le semplificazioni fece subito scalpore e abbiamo l'impressione che sia stata liquidata troppo in fretta senza andare a cercare quelle conferme della letteratura come di solito facciamo in casi simili. Per chi non lo avesse fatto, e scommetto che siamo stati in molti, ecco una revisione che non solo conferma l'utilità degli steroidi topici, ma ne sottolinea la estrema economicità rispetto al trattamento chirurgico plastico e alla stessa circoscisione. Tenendo conto della frequenza degli insuccessi e delle complicazioni la terapia con steroidi costava tra 758 e 800 dollari, la plastica prepuziale tra 2.515 e 2.580 dollari e la circoscisione tra 3.009 e 3.041 dollari. Il consiglio dell'autore è quindi di iniziare sempre con l'applicazione di una crema di betametasone allo 0,05% dall'apice del prepuzio alla corona del glande per almeno 6 settimane. In caso di insuccesso la plastica prepuziale è sempre da preferire alla circoscisione.

R.S. Van Howe Cost effective treatment of phimosis *Pediatrics* 1998;102 e 43

Parole Chiave: Fimosi, Circoncisione

ANCORA SULLA SIDS!

Prono il "nero" sta

Obiettivi Valutare negli USA la differenza di compliance della campagna anti SIDS e determinare come e se è variata dal '92 (raccomandazione AAP "di fianco o supini") al '96 (nel '94 campagna "Back to Sleep" e '96 raccomandazione AAP "supini").

Setting Nati nel 1996 in dieci differenti Stati (USA)

Metodi Stimare la posizione che viene fatta mantenere durante il sonno: tramite questionari inviati a madri che hanno partorito da 2 a 6 mesi prima.

In caso di mancata risposta invio di un secondo questionario, e poi contatto telefonico, all'interno del programma Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Nel questionario alla domanda "come mettete a dormire il vostro neonato per la maggior parte del tempo?" risposte obbligate erano: di lato, prono, supino.

Risultati Rispondevano 15.195 (dal 71 all'80 % delle famiglie a secondo degli Stati partecipanti). Proni venivano tenuti il 30% dei neonati in Alabama contro il 16% nel Maine; in cinque Stati del Sud i proni erano in percentuale doppia rispetto alla percentuale più bassa riscontrata in un altro stato del Nord.

La percentuale più elevata di lattanti supini era a Washington 43%, in molti stati la percentuale più elevata era quella "di lato". Tra i neri la percentuale di proni è tra 11% e 54% maggiore dei bianchi dello stesso stato. Tra gli indiani d'America c'è una differenza secondo lo stato dove vivono: a Washington non c'è differenza con i bianchi, a Oklahoma con i neri. Tutti dopo la sedicesima settimana di vita più spesso vengono tenuti proni. Dal '92 al '96 la percentuale di proni negli USA è passata dal 70% al 24% e quella dei supini dal 13% al 35%.

Conclusioni Il declino della SIDS negli States dal '92 al '96 è stato del 38%. L'obiettivo per il 2000 è < al 10% di neonati proni. Se lo si vuole raggiungere bisogna trovare strategie di comunicazione nuove e più efficaci in particolare per coinvolgere i neri ed alcune popolazioni d'indiani d'America con più efficacia.

Commento Niente di nuovo, giusto per riflettere: anche le campagne di educazione sanitaria hanno i loro "ultimi" al Sud, tra alcune popolazioni, ecc.

Bisogna essere consapevoli e, per quanto possibile nel nostro individuale, spendere più tempo per spiegare le cose meglio alle persone che hanno bisogno di più tempo per capirle o che hanno maggiori ostacoli culturali per attuarle, insomma bisogna ancora una volta fare più fatica.

A parte questo è interessante il pragmatismo arcinoto degli anglosassoni: campagna di educazione, obiettivi da raggiungere (meno del 10% i proni del 2000), la verifica ciclica di dove ci si colloca per potere, eventualmente, aggiustare il tiro.

CDC and prevention (dal MMWR 1998;47:873-7) Assessment of infant sleeping position - selected states, 1996 JAMA 1998;280:1899

Parole chiave: SIDS, "Back to sleep"

short

Pertosse: è confermato bastano tre dosi

Una querelle degli anni scorsi riguardava il numero di dosi di vaccino antipertosse. Si doveva fare un ciclo di tre dosi o di quattro? Un paio di anni fa venne la risposta: bastavano tre dosi. E questo rendeva più semplice il ciclo vaccinale.

Questo lavoro che viene dal famoso Karolinska di Stoccolma conferma: ne bastano tre (come peraltro prevede il calendario vaccinale recentemente introdotto in Italia).

Dopo dieci anni di follow up in vaccinati con vaccino acellulare non c'è nessuna differenza nel valore di antitossina fra i

bambini che hanno ricevuto un ciclo di tre e quelli che hanno ricevuto un ciclo di quattro iniezioni.

Parole Chiave: Pertosse, Vaccino antipertosse

Y. Tindenberg A ten year follow-up after immunization with a two component acellular pertussis vaccine Ped Inf Dis J 1999;18:361

short

Se non "fa" il fucile, faccio bum con la bocca!

Nel numero di Giugno 1999 di *Quaderni acp* a pagina 50 abbiamo pubblicato un articolo sull'uso dei lattini aggiunti di Acidi grassi a lunga catena (LCPUFA).

Non era ancora comparso l'articolo che qui recensiamo.

Ci affrettiamo a farlo per rendere noto al nostro attento pubblico che l'uso di lattini addizionati di LCPUFA rende le feci meno dure. Non sembri poco: differenza significativa di 0,001 per la durezza delle feci che nella ricerca sono state classificate come "dure" dalle madri mediante l'uso di fotografie (il testo precisa "a colori") delle feci (1).

Dunque c'è sempre scampo: i lattini addizionati di LCPUFA non servono per lo sviluppo come abbiamo dimostrato sul numero di Giugno 1999? Tacchete! Ho qui la risposta di riserva: servono per la stipsi. Ah, dimenticavamo: il lavoro è stato sponsorizzato da Milupa Limited UK e attuato con latte regalato alle madri fin dal primo giorno.

(1) Una nenia per bambini, nelle Marche, suona (tradotta) così: "sotto il ponte di Saracca c'è un bambin che fa la cacca, il dottore la misura, ed è dura, dura, dura".

J.S. Forsyth A randomized controlled study of the effect of LCPUFA supplementation on stool hardness during formula feeding Arch Dis Child 1999;81:253

Parole chiave: LCPUFA

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*.

Una broncopolmonite a 18 mesi? O altro?

Giovanni Nocerino, Vincenzo Gargiulo*

U.O. di Pediatria generale e Centro di Broncopneumologia ed Allergologia Ospedale Materno-Infantile "SS. Annunziata", Napoli

*Pediatra ospedaliero, Sorrento

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 44-45

Storia di un bambino con tosse secca, febbre e un reperto obiettivo di rantoli e subottusità alla base sinistra. Un reperto, quasi tipico, di broncopolmonite

La storia

Francesco è un bambino di 18 mesi che è stato sempre bene e non ha mai presentato problemi tali da richiamare l'attenzione della famiglia o del pediatra curante. Nato a termine, peso di Kg. 3,100, da una 2^a gravidanza decorsa fisiologicamente. Allattamento materno fino a sei mesi di vita, divezzamento adeguato per epoca e modalità. Crescita sempre buona (peso all'età di 5 mesi = Kg 6,800, 12 mesi = Kg 12,300). Nella storia recente qualche episodio d'infezione respiratoria alta indifferenziata con inizio nel secondo semestre di vita e successivi episodi di bronchiti asmatiformi di grado lieve e a carattere saltuario. È riferita una stipsi che, nonostante i vari tentativi dietetici e farmacologici, non è mai regredita.

Una settimana prima del ricovero il bambino ha presentato tosse secca, accessuale che il pediatra curante ha diagnosticato come faringo-tracheite e trattata con mucolitici e terapia cortisonica per aerosol. Per il persistere della sintomatologia e per la comparsa di febbre (38,8 C°), dopo circa tre giorni, Francesco è stato visitato da un altro pediatra. Questi ha rilevato la presenza di rantoli a piccole bolle inspiratori e una sub-ottusità alla base dell'emitorace sinistro per cui ha posto diagnosi di broncopolmonite e prescritto Ceftriaxione 50mg/kg.i.m. e cortisonici per os (betametasone 1mg./kg).

Il decorso

Dopo 48 ore il bambino sfebbrava e mostra un notevole miglioramento delle condizioni generali e respiratorie. Tuttavia ad un controllo clinico in 3^a giornata persiste, nonostante l'evidente miglioramento, un reperto obiettivo di ipofonesi alla base polmonare di sinistra. Il pediatra curante, preoccupato per una complicanza pleurica, prescrive una radiografia del torace.

Questa mostra, in emitorace sinistro, riduzione del parenchima polmonare (quadro sub-atelettatico) associata a presenza di diverse cavità idroaeree con dislocazione verso destra del cuore e del mediastino. L'indagine radioscopica evidenzia notevole riduzione della mobilità dell'emidiaframma sinistro durante gli atti respiratori e scarsa visualizzazione del profilo della cupola diaframmatica omolaterale.

La diagnosi

In sostanza, dal lato clinico: bambino con una stipsi ormai nota e persistente, con un episodio respiratorio acuto febbrile a 18 mesi caratterizzato da una vistosa ottusità alla base sinistra. La radiografia del torace altrettanto clamorosa: emitorace sinistro sub-atelettatico alla base, dislocazione verso destra del cuore e del mediastino, emidiaframma sinistro che si muove poco.

La diagnosi differenziale può essere posta nei confronti delle seguenti patologie:

- Enfisema lobare congenito
- Eventratio diaframmatica
- Ernia diaframmatica

L'enfisema lobare congenito (ELC) è una patologia in cui i sintomi sono rappresentati prevalentemente da distress respiratorio di grado variabile che sono più spesso presenti alla nascita può, in casi rari, restare indagnosticata fino all'età scolare ed oltre. Ad essere più frequentemente colpito è il lobo sinistro o una parte di esso. La Rx standard del torace mostra iperdiafrania diffusa del lobo colpito e spostamento controlaterale del mediastino.

Nei casi in cui il lobo polmonare interessato è fortemente enfisematoso può arrivare a comprimere anche il polmone controlaterale, estendendosi, a volte, oltre il mediastino. Nel nostro caso l'ELC poteva essere ragionevolmente escluso poiché in questa pneumopatia nel torace si

osserva solo un'incremento dell'aria in un polmone o in un lobo, ma non sono presenti cavità a contenuto idroaereo e l'emidiaframma si muove normalmente. *L'eventratio diaframmatica* è un'affezione congenita causata da un difetto di sviluppo muscolare del diaframma che si manifesta, in genere in età neonatale, con distress respiratorio di vario grado, ma che può risultare anche asintomatica o, più frequentemente, causare nel bambino una severa sintomatologia respiratoria delle basse vie (polmoniti recidivanti). L'esame clinico del torace mostra alla percussione ipofonesi ed all'ascoltazione riduzione del murmure vescicolare su tutto o quasi tutto l'emitorace interessato per atelettasia polmonare. In molti casi si ascolta un reperto patologico in torace di borborigmi intestinali.

Come si vede un reperto obiettivo respiratorio simile a quello osservato nel nostro paziente. La radiografia del torace presenta, di contro, caratteristicamente una posizione alta dell'emidiaframma colpito e il mediastino spostato verso il lato opposto con deformazione dell'ombra cardiaca. L'esame radioscopico consente, inoltre, di osservare il cosiddetto "movimento paradossale di Kienbock", vale a dire l'emidiaframma colpito s'innalza nell'inspirazione e s'abbassa nell'espirazione, tutti segni questi non presenti in Francesco. La nostra terza ipotesi riguardava l'ernia diaframmatica. Tra le anomalie diaframmatiche le ernie sono le più frequenti. Esse possono localizzarsi in tre regioni topograficamente differenti:

1. a livello dello iato esofageo;
 2. nel forame retrosternale del Morgagni;
 3. nel forame postero - laterale di Bochdalek.
- L'ernia di Bochdalek è la più frequente delle ernie diaframmatiche congenite (1/2.000 - 3.000 nati vivi), con prevalenza nel sesso maschile. Nel 90% è localizzata a sinistra (a destra, per la presenza del fegato, le anomalie diaframmatiche sono eccezionali). I visceri più frequentemente coinvolti sono il tenue, il colon, lo stomaco. Spesso nelle ernie conclamate i visceri coinvolti perdono, in tutto od in parte, il "diritto di domicilio" in addome, penetrano nell'emitorace, lo occupano frequentemente del tutto, determinando la dislocazione controlaterale del mediastino e del cuore. Poiché tutto questo si verifica molto più frequentemente, in epoca prenatale, spesso si determina una più o meno grave ipoplasia del polmone colpito. Anche il polmone controlaterale atelettasico, può andare incontro, in tempi più o meno brevi, ad alterazioni

irreversibili. La sintomatologia è causata sostanzialmente dalle dimensioni dell'ernia.

Se è modesta può risultare asintomatica anche per molto tempo e slatentizzarsi in occasione di particolari situazioni, come ad esempio un aumento improvviso della pressione endoaddominale (stipsi, accessi di tosse, ostruzione intestinale) con conseguente incremento del gradiente pressorio tra addome e torace. In epoca neonatale i segni clinici sono costituiti da un quadro d'insufficienza respiratoria ingravescente (dispnea, cianosi) associati ad una sintomatologia addominale suggestiva e tipica delle ostruzioni intestinali (vomito, dolori addominali, disidratazione, ecc.). Sempre in quest'epoca, ma anche nelle rarissime presentazioni ad esordio tardivo, è presente, particolarmente nelle forme più severe, ipomobilità dell'emitorace colpito; alla sua percussione il suono è sostituito da ottusità o timpanismo ed all'ascoltazione è frequente ascoltare rumori peristaltici intestinali (borborigmi).

Commento

Nel nostro caso l'anamnesi peri e postnatale era negativa. Anche l'ecografia prenatale era risultata normale. Francesco era stato sempre bene e non aveva mai presentato segni o sintomi clinici, anche solo di sospetto, tali da orientare verso un'eventuale patologia occulta del tipo ernia diaframmatica.

Era infatti un bambino di 18 mesi in ottime condizioni cliniche generali e con un accrescimento staturo-ponderale completamente adeguato all'età. L'unico sintomo riferito era una stipsi ostinata.

Al momento dell'osservazione era presente una obiettività clinica sufficientemente clamorosa. La Rx del torace ha dato la chiave per la soluzione: si trattava di un'ernia diaframmatica insinuata nel forame di Bochdalek confermata al tavolo operatorio: il quadro clinico e quello radiografico ci stavano tutti. Ci stava meno il quadro d'esordio tardivo. Talora, quando la compromissione respiratoria è scarsa o assente, l'ernia può essere riconosciuta più tardivamente nella prima o, addirittura, nella seconda infanzia. L'ernia diaframmatica va, dunque, sospettata in caso d'infezioni respiratorie basse (polmoniti, pleuropolmoniti, atelettasie) in cui le condizioni cliniche, nonostante una terapia "respiratoria" adeguata, peggiorano.

Talora i segni clinici possono costituire una vera e propria emergenza:

- vomito spesso invincibile;

- dolori colici importanti;

- quadri sub-occlusivi o occlusivi.

In altre forme, invece, i sintomi respiratori e quelli digestivi possono essere del tutto assenti fino al momento della diagnosi, che viene posta per caso nel corso di esami radiografici eseguiti per altri motivi. Nel caso da noi segnalato è probabile che la tosse stizzosa e insistente, causata dall'infezione delle basse vie respiratorie, abbia incrementato i gradienti pressori tra la cavità addominale e toracica, inducendo il risalire di un sempre maggiore numero di visceri dall'addome in torace, con successivo peggioramento della già precaria situazione anatomico-funzionale.

Cosa abbiamo imparato

Dal caso presentato abbiamo imparato:

- che ci si può aspettare un'ernia diaframmatica anche dopo il 1° anno di vita;
- che un bambino con un'ernia diaframmatica può crescere bene;
- che l'ernia non si presenta sempre come un evento drammatico, ma può essere scambiata anche per un problema respiratorio "banale",
- che i classici sintomi respiratori e gastrointestinali possono essere a lungo assenti e, quindi, la diagnosi può essere anche occasionale,
- che, pur trattandosi di evento prenatale, l'indagine ecografica prenatale può essere "muta",
- che tra le ernie diaframmatiche quella di Bochdalek, per cause anatomiche, è di certo la più frequente (95-97% dei casi),
- che la localizzazione di solito segnalata è quella a sinistra. ■

Bibliografia

- D.T. Wilcox, P.L. Glick, H.L. Karamanoukian, B.A. Holm Pathophysiology of congenital diaphragmatic hernia *J. Pediatr. Surg.* 1994;29(6):825
 P. Betremieux, A. Dabadie, M. Chapuis Late presenting Bochdalek hernia containing colon: misdiagnosis risk *Eur. J. Pediatr. Surg.* 1995;5(2):113
 O. Paut, L. Mely, L. Viard, M.A. Silicani, J.M. Guys, J. Camboulives Acute presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period: a life threatening emergency *Can. J. Anaesth.* 1996;43(6): 621



Bambini
con bisogni
speciali

Salute, povertà, disuguaglianza

Giorgio Tamburlini

IRCS "Burlo Garofolo", Unità di Ricerca sui Servizi sanitari e la Salute Internazionale

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 46-48

*Nell'aprile di quest'anno
alla London School of Hygiene
un incontro tra OMS,
Banca Mondiale
ed altre agenzie
su disuguaglianza e salute
Ne diamo un resoconto
e ragioniamo su alcune idee.*

In occasione del centenario della London School of Hygiene, la scuola di sanità pubblica più antica e la più internazionalmente blasonata, si è tenuto presso la sede della Scuola (19-23 aprile 1999) un Forum su povertà, disuguaglianza e salute. Al Forum hanno partecipato le istituzioni più prestigiose nel campo della salute pubblica, dalle grandi università alle agenzie internazionali quali la Banca Mondiale, l'OMS ed altre Agenzie delle Nazioni Unite. Il Forum si è articolato lungo un percorso di quattro giorni che ha compreso: alcune review di aspetti quantitativi e qualitativi dell'effetto delle disuguaglianze sulla salute a livello sia nazionale che internazionale; analisi dei meccanismi attraverso i quali tale effetto si produce, anche attraverso le generazioni; alcuni elementi di "policy" conseguenti.

Queste brevi note costituiscono un personale sunto di alcuni punti essenziali, che si spera possa essere utile a cogliere il senso generale e l'importanza di questo evento, corredato da qualche riflessione su alcune delle possibili implicazioni.

Gli effetti di disuguaglianza e povertà sulla salute

Il ruolo delle disuguaglianze economiche e sociali nel determinare gli esiti di salute, già da tempo noto, è stato ribadito e illustrato al Forum con un gran numero di dati e analisi sul piano nazionale e transnazionale. Uno degli elementi di rilievo è costituito dalla tendenza generale all'ampliamento dei divari esistenti sia tra paesi che tra gruppi sociali nei singoli paesi. Ad esempio, tra i paesi che rappresentano il 20% più ricco e quelli che costituiscono il 20% più povero il divario nel

PIL è passato da 30 a 1 negli anni '60 a 60 a 1 negli anni '90 e raggiungerà il 75 a 1 nel 2000. Nell'ambito dei singoli paesi il divario nel PIL pro capite medio tra il 20% più ricco e il 20% più povero della popolazione varia dal 4 a 1 della Spagna al 9 a 1 di Australia e Stati Uniti al 35 a 1 del Brasile. Tale divario si esprime in una disuguaglianza in termini di esiti di salute che è massima, a livello globale, nei primi 5-10 anni di vita, dove il rapporto tra la mortalità in questa fascia nei paesi poveri e in quelli ricchi è di 10 volte. Questo in quanto le patologie cosiddette "del primo gruppo" (perinatali, infettive, da malnutrizione) sono quelle che più risentono di determinanti primari quali reddito, educazione, accesso alle cure (Davidson Gwatkin, Banca Mondiale e Richard Jolly, UNDP). In questo quadro assumono particolare rilievo i dati della Gran Bretagna dove, in conseguenza del ventennio tatcheriano, le disuguaglianze - a suo tempo denunciate dal famoso Black Report del 1977, rimasto allora inascoltato - si sono ulteriormente accresciute, con la conseguenza che i bambini in condizioni di povertà si sono triplicati, raggiungendo il 25%, e che il tasso di decremento della mortalità infantile in GB è stato il più lento negli ultimi trent'anni tra i paesi europei. Il dato è interessante soprattutto se letto accanto a quello che evidenzia come la Spagna, apparentemente il paese più egualitario - rapporto tra 20% più ricco e 20% più povero 4 a 1 -, ha avuto negli stessi anni il decremento più rapido (nota personale, tratta da statistiche Unicef '99, e d'altronde confermata dal lavoro di Mackenbach pubblicato sul Lancet nel 1977 dove la Spagna figurava tra i paesi con i differenziali più bassi tra

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

classi sociali negli indicatori di salute; da notare che sia in questo studio che sui dati relativi a disuguaglianza e mortalità infantile l'Italia si colloca più o meno in posizione intermedia in ambito europeo). Sono inoltre state approfondite le relazioni *life-span* tra stato socioeconomico e salute e la specificità di queste relazioni per ciascuna patologia, con *pathway* causali molto diversi. Da menzionare tra tutti il caso del cancro dello stomaco che dimostra una correlazione altissima ($r=0.84$) tra mortalità specifica e mortalità infantile nella coorte corrispondente - cioè tra i nati negli stessi anni di coloro che sono deceduti per CA stomaco, cioè tra i nati 60-70 anni prima -, fatto che suggerisce fortemente una eziologia infettiva per la stessa patologia visto che infettive erano il 95% della cause di morte in età infantile nella stessa epoca (John Davey-Smith, David Leon).

Ruolo specifico dei fattori psico-sociali

È stato fortemente sottolineato il ruolo dei fattori psicosociali: numerosi studi dimostrano una correlazione tra *social trust* (fiducia sociale) e salute così come correlazione diretta tra *hostility* (senso di ostilità verso gli altri e percezione dell'altrui ostilità) e salute.

È interessante a questo proposito uno studio olandese (Carola Schrijvers) che dimostra come parte dell'effetto negativo sulla salute di bassi livelli educativi sia appunto mediata dall'ostilità e dai comportamenti e stili di vita a rischio indotti da tale modo di essere. Indicatori di isolamento sociale (per es. l'indice di anomia che tiene conto del fatto di vivere da soli, della recente immigrazione ecc.) sono direttamente correlati con la mortalità per praticamente tutte le cause in età adulta. Un altro modello molto studiato è quello della transizione nei paesi dell'Est, in particolare degli anni immediatamente successivi alla caduta dei regimi nel blocco sovietico, che si è accompagnata ad un drastico aumento della mortalità in età adulta. In questo evento dalle proporzioni drammatiche lo stress sociale è stato il fattore causale dominante e l'alcool il mediatore principale del danno.

Analogamente è stato sottolineato il ruolo protettivo, anche se non sempre univoco

(Kunitz ha messo in rilievo la nocività dei regolamenti sociali più rigidi), del "capitale sociale", termine sotto il quale va compresa la qualità delle relazioni sociali quindi la coesione sociale sia nei suoi aspetti istituzionali (politiche sociali) che informali (associazionismo, stili di relazione tra le componenti della comunità ecc.), sia nei suoi aspetti macro che micro-comunitari.

In questo senso è stato largamente ribadito che la disuguaglianza è fattore di non-coesione e di stress e quindi in sé, anche in società opulente ove i più poveri si trovano in condizioni di povertà relativa e non assoluta, la disuguaglianza è patogena (J. Frenk, R Jolly e altri). In proposito, Amartya Sen (premio Nobel per l'economia 1998) ha ricordato che negli USA gli afroamericani hanno un'aspettativa di vita inferiore a quella dei cinesi o degli indiani dello stato del Kerala (noto per le sue politiche sociali avanzate attuate da decenni) nonostante un reddito pro capite di 10 o 20 volte superiore. Lungo la stessa linea è da rivalutare il ruolo della "care" così come del suo reciproco, il "neglect", nel determinismo delle malattie infantili: anche nelle situazioni più disagiate dove si riteneva fino a qualche tempo fa che alla deprivazione materiale (cibo, igiene, acqua potabile ecc.) fossero da ascrivere interamente le differenze tra gruppi sociali diversi. In effetti si è visto che la mortalità per diarrea, in condizioni di vita deprivate da un punto di vista materiale, è più alta, a parità di contesto socioeconomico, nelle famiglie dove il bambino "non è voluto" (Claudio Lanata, Lima). L'attenzione, la cura ai bambini dunque è un fattore importante di cui tenere conto anche ai fini degli esiti di salute più hard quali mortalità e malattie severe e non solo, come è stato fatto fino ad oggi, come fattore da tenere in conto solo ai fini di esiti specifici e diretti (maltrattamento ecc.).

Nuovi indicatori e problemi emergenti

È stata dunque sottolineata l'importanza di misurare le disuguaglianze con adeguati indicatori e di stabilire gli obiettivi di salute tenendo conto di questa dimensione. Ad esempio, gli indicatori di mortalità non devono solo riferirsi alle medie di un paese, ma comprendere le differenze tra

gruppi sociali diversi (C. Murray), come già avviene per il reddito (uno degli indicatori di sviluppo umano è l'indice che compara il reddito del 20% più ricco della popolazione con quello del 20% più povero). Ciò significherebbe ad esempio che ogni paese sarebbe qualificato non solo per il suo tasso di mortalità infantile medio, ma per un indicatore in grado di mettere in evidenza, per la mortalità infantile, le differenze esistenti tra i gruppi sociali. È stato sottolineato il peso crescente di problemi quali gli incidenti, le violenze e la salute mentale anch'essi largamente influenzati dai fattori socioeconomici (Antony Zwi, Vikram Patel), così come le notevoli anche se ancora colpevolmente poco studiate differenze dei rapporti tra fattori socioeconomici e salute fra uomo e donna (Sally Macintyre). Ad esempio, le differenze tra le donne appaiono in generale meno evidenti a parità di reddito ed educazione (così è per esempio per la patologia cardiovascolare), probabilmente perché gli stili di vita sono meno diseguali tra donne appartenenti a classi sociali e/o abitanti in luoghi diversi rispetto ai maschi.

Il ruolo dei servizi sanitari

È stato messo in luce il ruolo dei servizi sanitari nell'amplificare (per lo più, ma non necessariamente) le disuguaglianze (fenomeno noto come *inverse care law*) e ne sono stati chiariti i meccanismi. Ad esempio in Brasile l'introduzione di cure intensive per neonati di basso peso ha ridotto la mortalità tra i neonati "ricchi" più di quanto l'abbia fatto tra i poveri, e lo stesso è accaduto per le vaccinazioni o per la terapia reidratante orale.

Questo si verifica per il più rapido ed efficace utilizzo di ogni nuova tecnologia da parte dei più abbienti e più istruiti, con o senza il concorso attivo dei servizi attraverso varie forme più o meno esplicite di discriminazione. Il differenziale dunque aumenta fino a quando i "ricchi" abbiano raggiunto un plateau non comprimibile e solo da allora il differenziale ricchi-poveri comincia a calare (Cesar Victora).

Le politiche

Da queste evidenze discendono una serie di principi e di politiche da attuare. In primo luogo se povertà e disuguaglianza sono patogene occorre attuare politiche che le contrastino sul piano internazionale e nazionale. E questo non per un principio etico-politico di salute come diritto (che resta proprio di minoranze ed in effetti non ha fatto molta strada), ma per *convenienza* comune. Non conviene a nessuno che il mondo sia ingovernabile, percorso da tensioni sociali fortissime e dalle conseguenti violenze, così come da virus e batteri, dai quali i più ricchi non possono oggi pensare di restare immuni. In sostanza si ritiene di poter perseguire più efficacemente la lotta alla povertà attraverso la dimostrazione che questa lotta è essenziale per lo sviluppo ed il benessere di tutti e, in questo ambito, anche per la salute. Questa dimostrazione, come si sa, è tuttora controversa: autorevoli economisti - come Amartya Sen - sostengono che una crescita economica senza sviluppo sociale - che Sen definisce essenzialmente come gradi di libertà di accesso alle varie opportunità di educazione, di lavoro e di salute - non solo non ha senso, ma, alla lunga, non c'è. È evidente che su quest'ultimo aspetto il dibattito è ancora aperto tra i fautori di un certo grado di disuguaglianza come corollario inevitabile del libero mercato e della crescita e i fautori di politiche di redistribuzione e protezione anche come motrici di sviluppo. Ma sta di fatto che sembra, anche a livello di agenzie internazionali come la Banca Mondiale, di respirare un'aria diversa oggi rispetto a dieci anni fa. Le politiche che contrastano la povertà e la disuguaglianza, quali quelle che riguardano la redistribuzione del reddito, l'istruzione, le politiche sociali per la famiglia, la salute e la sua accessibilità universale, devono dunque essere all'ordine del giorno non solo dei governi, ma degli stessi Ministeri della Sanità che, secondo l'autorevole e nuova dirigenza dell'OMS, devono concepirsi come motori di politiche intersettoriali che creano salute e non solo come regolatori o erogatori di servizi sanitari. La cosa è interessante anche alla luce del dibattito italiano sull'accorpamento della sanità con gli affari sociali ed il lavoro,

cosa che in linea di principio pare valida e corrispondente ai principi enunciati al Forum. È stato sottolineato in particolare il ruolo delle politiche per la salute con target sulle età di transizione (infanzia ed adolescenza). Per quanto riguarda le politiche sociali redistributive da attuare e i loro effetti anche in termini di salute, ci si è spinti a dire (H. Graham) che "se c'è evidenza di associazione causale tra uno o più fattori e uno o più esiti, non deve esserci necessariamente evidenza di efficacia degli interventi per attuarli". Parimenti va fatta una riflessione sul sempre più ampio riconoscimento del ruolo protettivo del capitale sociale - su un piano più comunitario - e della *care* - sul piano del gruppo familiare -. La riflessione non è nuova in ambito ACP e pone l'accento sulla necessità di studi che si propongano di comprendere meglio i percorsi causali di alcuni fenomeni, quali ad esempio il maltrattamento o la cattiva qualità delle cure in bambini con malattia cronica e concomitante disagio, e che direttamente valutino l'impatto di interventi atti a migliorare la condizione complessiva dell'infanzia, in termini sia di redistribuzione del reddito (politiche per le famiglie povere) che rivolti più specificamente a migliorare la "care" (formazione genitoriale, supporto alle famiglie, reti di auto-aiuto). Si tratta di una prospettiva di grande interesse soprattutto se vista alla luce della transizione epidemiologica che vede emergenti i problemi che hanno la loro origine nello psicosociale. L'approccio, così come avviene ormai nelle grandi scuole di salute pubblica, non può più essere monodisciplinare. Ricerca, formazione e intervento non possono che derivare da un congiunto di conoscenze diverse specifiche. La istituzione del CSB (vedi *Quaderni acp* 1999;3) cioè di una entità multidisciplinare di studio, formazione e intervento si propone di operare esattamente in questa direzione. ■



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.

www.prenatal.it/centrostudi

Come rispondere alle mamme.

La nascita: le attuali tendenze. Linee guida in ostetricia. Novità editoriali e recensioni, i Congressi e i concorsi.....

Questi alcuni degli argomenti trattati dal nostro sito: risultato dell'impegno costante del Centro Studi Prénatal nel capire i problemi e rispondere alle esigenze di chi direttamente o indirettamente si occupa di maternità, oggi.

Uno strumento per conoscere, un filo diretto con i nostri esperti che ti consente di essere costantemente aggiornato su tutto quello che riguarda la gravidanza e la nascita.

**Per saperne di più
collegati con
www.prenatal.it/centrostudi
da oggi il nostro sito
da oggi il tuo sito**

A hand is pointing to a large '@' symbol tattooed on a pregnant woman's belly. The woman is wearing a light blue button-down shirt. The background is white.

**PRÉ
NA
TAL**
**CENTRO
STUDI**

I lattini formulati addizionati di nucleotidi

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 50

Giancarlo Biasini

Nel numero scorso di Quaderni acp a pag 50 abbiamo pubblicato una rassegna sui presunti vantaggi dei lattini addizionati di Polinsaturi a lunga catena. Stavolta discutiamo l'utilità dell'aggiunta di Nucleotidi e troviamo la stessa quota di inconsistenze.

Un articolo di revisione di recente comparso su *Prospettive in pediatria* (1999;1:39) ci consente di fare il punto sul significato dell'aggiunta di nucleotidi (N) nel latte formulato effettuata dalle aziende produttrici da qualche anno. I lattini contengono, infatti, nucleotidi sia liberi che in forma di polimeri: questi ultimi presenti soprattutto nella parte cellulata. I N sono ritenuti capaci di favorire la maturazione delle cellule T e la crescita e lo sviluppo dell'intestino. L'allontanamento delle cellule dal latte vaccino riduce ovviamente la quota polimerica di N. La differenza, quindi, fra latte formulato e materno è grossolana soprattutto per questa quota. Per quel che riguarda i N liberi la differenza fra latte umano e latte vaccino è ancora notevole: riferita in mg di Azoto per litro di latte la quota di N liberi è di mg 2.56-8.58 per il latte materno e di 0.74-5.20 per quello vaccino. Dal punto di vista qualitativo nel latte umano sono presenti in maggiore quota i derivati da adenosina (Adenosina monofosfato) e da citidina (Citidina monofosfato). È bene anzitutto chiarire che fino ad ora non sono stati dimostrati sintomi o sindromi cliniche definibili "da carenza di N" per cui l'arricchimento del latte formulato con i N risponde ad esigenze riferibili alla ricerca di solo potenziali effetti benefici. Si sono aggiunti cioè i N ai lattini e si è andati alla ricerca degli effetti benefici. Il Comitato scientifico per gli alimenti della Commissione Europea (Direttiva 1996:94/4;7) ha comunque stabilito le quantità massime di ciascun N che possono essere aggiunte alle formule: i N possono raggiungere la quantità massima contenuta nel latte materno (LM), ma solo per quel che riguarda quelli liberi. Ciò porta, ovviamente, ad una presenza reale che è circa due-tre volte in meno del LM. Questo a nostro parere, starebbe a dimostrare l'inerzia di certi ingenui tentativi industriali di raggiungere la composizione del LM. La cosa è ancora più evidente se si pensa alla composizione qualitativa che si raggiunge nei lattini formulati e che è assai distante da quella del LM. Se si fa mente poi al fatto che gran parte della sperimentazione, come vedremo, è compiuta su animali l'evidenza dell'ingenuità della ricerca industriale risulta ancora più marcata.

Vediamo ora un sunto della ricerca in proposito. Due piccoli gruppi di ratti (*J. Ped Gastroenterol*

Nutr 1990;10:497), sono stati alimentati con o senza N ed è stata dimostrata una maggiore crescita dei villi e una maggiore profondità delle cripte negli alimentati con N. In un gruppo di lattanti alimentati con LM confrontato con un secondo gruppo alimentato con formula non arricchita di N e con un terzo gruppo alimentato con formula arricchita l'end point è stata la presenza di bifidobatteri nelle feci. La scarsa numerosità dei gruppi, i numerosi drop out, la mancata randomizzazione, la modestia delle differenze non permette di considerare dimostrativa la ricerca (*J. Clin Nutr Gastroenterol* 1996;7:127, *Arch Dis Child* 1994;70:F137). L'effetto sulla risposta immunitaria è stato studiato in vitro sulle cellule di bambini diversamente nutriti (*Pediatrics* 1991;88:359). Anche qui la scarsa numerosità del campione e la modesta entità delle differenze non consentono conclusioni sicure. Uno studio sulle risposte anticorpali (*Pediatrics* 1998;101:242) in bambini diversamente nutriti ha dimostrato una risposta aumentata verso l'Hib e la difterite ma non per il tetano e la polio. Non sembra, in una ricerca condotta in America Latina, ci siano dimostrazioni di protezione dei N verso la diarrea. Infine uno studio italiano su 5.000 lattanti (*Minerva Pediatr* 1998;50:1) alimentati con formula normale, arricchita e con LM avrebbe dimostrato feci meno dure, minore flatulenza, minori rigurgiti nel gruppo "arricchito". La brevità dell'osservazione (due settimane!), la varietà degli osservatori, la variabilità altissima del fattore età, la dubbia significatività degli end point sollevano perlomeno qualche perplessità. Uno studio sul recupero ponderale di lattanti con grave ritardo di sviluppo endouterino (*Arch Dis Child* 1996;74:F122) dimostrerebbe invece un notevole significato maggior recupero ponderale e di crescita di lunghezza e circonferenza cranica negli alimentati con formula arricchita.

Purtroppo in questa ricerca manca un gruppo di bambini alimentati con LM (che per questi bambini deve essere l'alimento di scelta), ma tuttavia essa merita una certa attenzione e conferme con altre ricerche. La conclusione è quindi che al momento attuale mancano prove significative e convincenti circa la utilità dell'aggiunta di N al latte formulato. ■

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini,
E-mail: gcbias@tin.it



Saper fare

Come è buono il latte della mamma

Silvana Quadrino

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

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 52-53

L'informazione sul come e perché allattare è un'impresa che può sembrare "da poco". In realtà non è così. Occorre individuare insieme ai genitori una serie di obiettivi realistici che aiutino a condurre in porto l'impresa.

Mamme che leggono troppo

Molte mamme, specie alla prima esperienza di maternità, arrivano al parto in overdose informativa. Hanno letto libri e riviste, hanno ricevuto a casa opuscoli e manualetti pieni di istruzioni su cosa fare per essere una buona mamma. Molti metri quadrati di questa carta stampata sono dedicati all'allattamento al seno, in chiave scientifica, in chiave romantica, in chiave di ritorno alla natura ecc. Di fronte ad un qualsiasi problema legato all'allattamento al seno è necessario partire da quello che la mamma ha letto o sentito dire, per non aggravare la situazione di confusione informativa che accentua l'ansia e la tendenza alla depressione. Alla mamma che chiede cosa fare perché il bambino non si attacca, perché il latte è insufficiente, perché "le sembra" che il suo latte non vada bene, una lezione sull'allattamento corretto non serve: meglio partire da quello che sa, da quello che teme, dai consigli che ha raccolto finora.

Difficoltà e differenze

La donna che, appena uscita dalla maternità, incontra difficoltà nell'allattare al seno ha visto le altre mamme attaccare il loro bambino senza problemi, le ha sentite parlare di montata latte abbondante, di coppette raccoltilatte ecc. Di qualunque tipo sia la sua difficoltà - conformazione del capezzolo, scarsa energia del neonato, scarsità di latte - la sensazione predominante è in genere quella di essere "meno" delle altre: meno brava, meno paziente, meno capace.

Il pediatra deve aiutare la mamma a vedere e accettare le sue specifiche caratteristiche e le difficoltà che ne derivano. La tendenza spontanea a rassicurare, o a minimizzare le difficoltà, non è un aiuto: a volte l'eccessivo ottimismo del pediatra impedisce alla mamma di parlare di difficoltà di cui si vergogna, ad

esempio la scarsa sopportazione per il dolore provocato dalla suzione. Il primo strumento di aiuto è una descrizione più completa possibile di "quello che avviene" quando la mamma allatta il suo bambino. Più il pediatra aiuta a completare la descrizione, più ci saranno elementi per immaginare modalità più efficaci.

Proposte realistiche

Le prime proposte che il pediatra fa a una mamma in difficoltà con l'allattamento al seno hanno una grandissima importanza sia nella futura relazione fra il pediatra e quella mamma, sia nell'equilibrio della relazione fra mamma e bambino. Prima di proporre un "cosa fare" è indispensabile avere informazioni sul "cosa è possibile fare".

Elementi essenziali di una proposta realistica sono: i ritmi di vita della coppia; i ritmi del neonato; la situazione abituale nei momenti dedicati all'allattamento (la mamma è generalmente sola; c'è un altro bambino; c'è la mamma, la suocera...); la situazione che la mamma percepisce come ottimale (meglio da sola; meglio quando c'è anche il papà, ecc.); le proposte che le sono risultate impossibili da applicare. Il passaggio successivo sarà quello di fare emergere le possibili soluzioni che hanno immaginato i genitori e le differenze eventuali fra le ipotesi della mamma e quelle del papà. Molto spesso la proposta più realistica è qualcosa che i genitori avevano già pensato, ma che non riuscivano a decidere di realizzare.

Allattamento come prestazione, allattamento come relazione

Quando qualcosa non va nell'allattamento al seno uno dei rischi maggiori per la relazione madre bambino è la comparsa di una "tensione da prestazione" che trasforma la poppata

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

in un momento carico di tensione: la mamma si sforza di “sentire” se il latte fluisce, controlla il bambino, lo stuzzica se smette di succhiare, calcola mentalmente i tempi e spera che la bilancia la premi segnalando un pasto soddisfacente. In molti casi la preparazione dell’aggiunta di latte artificiale necessaria a completare il pasto avviene fra le lacrime, e l’offerta del biberon è una sconfitta dolorosa.

Se la situazione è questa, è necessario rompere la tensione prima che diventi troppo pesante; il rituale dell’allattamento va studiato con cura e sensibilità insieme alla mamma, con l’obiettivo di trovare il modo più adatto per nutrire a sufficienza il bambino, per non dedicare alla poppata un tempo inaccettabile, e per consentire sia alla mamma che al bambino di trovare nell’attaccamento al seno un momento di piacere, di tenerezza e di gioco.

Evitare le ideologie

L’allattamento è una parte della relazione di accudimento che ogni coppia di genitori impara a costruire con il suo bambino. L’intervento migliore che il pediatra può offrire è quello di contribuire con le sue competenze alla costruzione della miglior relazione possibile in quella specifica situazione. Per ottenere questo un pediatra troppo ideologico non è utile.

La convinzione che l’allattamento al seno vada sostenuto e incoraggiato non deve portare ad atteggiamenti predicatori o moralistici che accentuano la delusione dei genitori e la loro frustrazione se le difficoltà non vengono superate. Di fronte al problema dell’allattamento difficile, il pediatra deve riuscire a trovare la posizione più equilibrata fra l’incoraggiamento e l’accettazione dell’insuccesso.

Un progetto a tappe

Nell’individuare insieme ai genitori una serie di obiettivi realistici e non ideologici per l’allattamento del loro bambino è determinante il fattore tempo.

Molte delle difficoltà dei genitori con un neonato portano a perdere il senso concreto del tempo e a non tenere conto che il tempo di un neonato, in termini di cambiamenti delle esigenze e di modificazione dei comportamenti, è molto diverso dal tempo degli adulti.

Spetta al pediatra utilizzare la sua competenza professionale per introdurre il fattore tempo individuando delle tappe che consentano:

- la sperimentazione di modalità e di proposte per un periodo di tempo limitato,
- la verifica dei risultati,
- la valutazione delle reazioni,
- l’individuazione di una tappa successiva,

Questo può rendere accettabili anche proposte “difficili”, che ridimensionate nel tempo (“provate per tre giorni a...”) permettono di sbloccare le difficoltà apparenti, o, al contrario, di verificare le impossibilità reali.

Per riassumere:

- Ogni madre che allatta è diversa da ogni altra. La conoscenza delle differenze e delle caratteristiche specifiche è sostanziale per affrontare insieme a lei le difficoltà e i problemi.

- Le convinzioni ideologiche sono sempre un ostacolo, sia che appartengano ai genitori che al pediatra. Quello che è “bene” fare va trasformato, con l’aiuto professionale del pediatra, in quello che “è il meglio possibile”.

- La descrizione della situazione concreta permette molto spesso di fare ipotesi e di immaginare soluzioni mirate e realistiche: è importante riuscire a fare domande di tipo concreto, che aggiungano particolari e amplino il quadro della situazione (domande del tipo: *cos’altro succede quando...; il bambino si innervosisce, cioè cosa fa concretamente?*).

- L’individuazione di modalità, soluzioni, interventi deve mantenere un equilibrio fra l’incoraggiamento e la capacità di accettare e superare gli insuccessi, cioè fra il “dobbiamo riuscire a tutti i costi” e il “se non funziona, proviamo invece a ...”.

- La suddivisione del progetto di allattamento e di alimentazione del neonato in tappe consente di affrontare in modo più accettabile sia i tentativi difficili che le delusioni. ■

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”.*

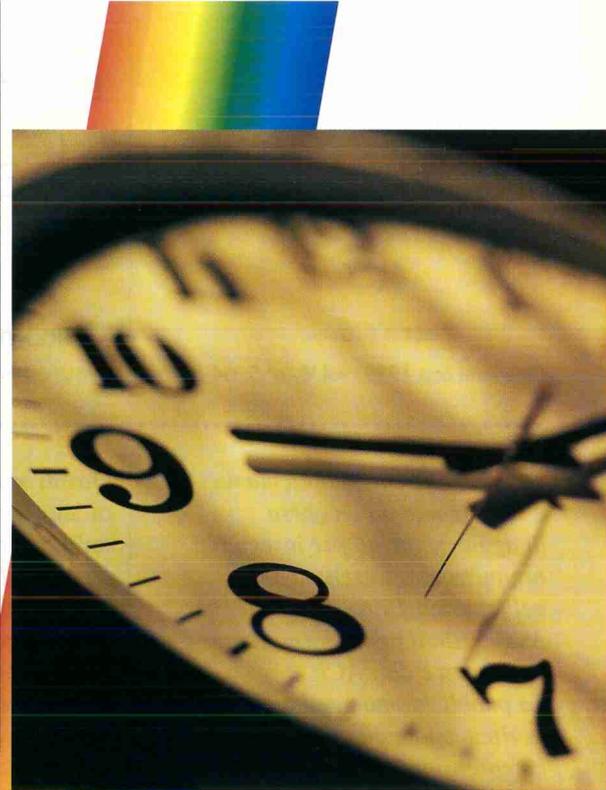
4) *L’abbonamento alla rivista “Medico e Bambino” deve essere effettuato direttamente alla Edifarm. La quota per i soci è di 25.000 lire anziché di 50.000: naturalmente occorre specificare sul retro del bollettino di C.C.P. che si è soci ACP (l’ufficio abbonamenti è in possesso dell’elenco aggiornato).*

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.*

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

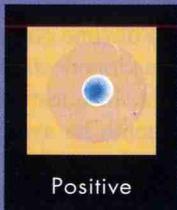
UN RISULTATO POSITIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA.

STREP A OIA® MAX

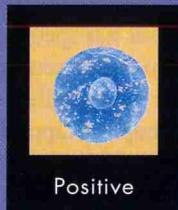
PER UN BAMBINO

UN RISULTATO POSITIVO PUÒ FARE LA DIFFERENZA.

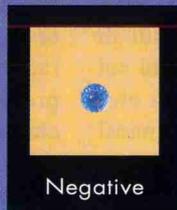
ACTUAL PHOTOS SHOWN



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®

Le difficoltà di lettoscrittura, che fare?

Giacomo Stella

Neuropsicologo, A.USL Bologna

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 5: 54-58

La relazione che pubblichiamo è stata tenuta ad un corso di aggiornamento per insegnanti organizzato a Cesenatico, nel febbraio 1999, da alcune Associazioni per la formazione scolastica e dall'ACP. La pubblichiamo perché la riteniamo molto utile alla comprensione di un problema sufficientemente diffuso e sul quale anche i pediatri vengono di frequente consultati.

Quanti sono i bambini che hanno difficoltà di lettoscrittura? A Bologna è stata condotta un'indagine su tutti i bambini di prima elementare della Provincia (in tutto 4.500) per sapere quanti hanno delle difficoltà di scrittura a gennaio. Questo perché gli insegnanti considerano (giusto o sbagliato che sia) la data del Natale come il traguardo entro cui il bambino deve imparare a scrivere. Sappiamo bene che i bambini che non hanno difficoltà imparano anche senza insegnanti. La lettoscrittura è un insieme di procedure che consentono ad un bambino di fare delle operazioni di transcodifica ovvero di passaggio dal suono al segno (scrittura) o dal segno al suono (lettura). È un processo molto semplice nella lingua italiana, che richiede un reclutamento limitato di risorse cognitive e che pertanto è accessibile anche ai bambini con deficit cognitivo. Hanno quindi ragione gli insegnanti a ritenere che dopo tre mesi di scolarizzazione i bambini debbano essere in grado di scrivere. Tuttavia l'8,5% dei bambini non è in grado di farlo in questo lasso di tempo. Nonostante il sistema di lettoscrittura sia semplice, 9 bambini su 100 alla fine di gennaio presentano una notevole distanza dall'apprendimento. Nella Provincia di Bologna in prima elementare 397 bambini cominciano la scuola con queste difficoltà. Nel 1991 al Provveditorato agli Studi di Modena sono state fatte alcune indagini sui disturbi dell'apprendimento in quinta elementare. Una coinvolgeva gli insegnanti direttamente: si chiedeva loro di compilare una scheda per ogni bambino giudicando se avesse bisogno o no di interventi didattici aggiuntivi. Il risultato: il 13% dei bambini secondo gli insegnanti aveva bisogno di interventi. In sostanza in prima elementare ci sono 9 bambini con difficoltà che poi diventano 13 in quinta elementare. Questo è il ter-

reno di lavoro degli insegnanti. Il resto è educazione, cultura, ma non richiede una professionalità tecnica specifica; richiede qualità educative generali.

Scuola e sanità: rapporto difficile

Insegnare vuol dire creare le condizioni per favorire lo sviluppo del bambino; non vuol dire determinare l'apprendimento, perché questo è un processo autogenerativo e non un processo indotto dall'esterno soprattutto nelle fasi più precoci. Nell'insegnare si fanno proposte di procedure, di concetti o di definizioni, ma l'apprendimento è qualcosa'altro, è l'integrazione delle informazioni esterne con le proprie risorse, un processo di assimilazione-accomodamento per dirla con Piaget, o "trovare il posto nell'attaccapanni per appendere il cappotto" come diceva Bruner. Il problema è: *c'è o no il gancio, quale gancio, a che altezza è, quanti cappotti ci sono da appendere?*. Dunque il problema vero degli insegnanti è questo 10% di bambini in difficoltà, che è problema anche dell'insegnante di sostegno, della famiglia, dei servizi sanitari e sociali. Come non ricordare invece che per gli insegnanti il problema vero è il restante 90%? Il bambino in difficoltà è e resta un problema della scuola, per il semplice motivo che il bambino va a scuola. I servizi specialistici devono collaborare molto con la scuola, ma ciononostante il problema resta della scuola. In questi anni chi si occupa di apprendimento ha avuto la sensazione di essere inadeguato, frustrato perché sembra obbligatorio che il bambino debba imparare con ritmi precisi. Ciò accade perché si parte da un'idea inesatta di quello che è l'apprendimento.

Oggi l'handicap è più accettato di ieri perché in questi lunghi anni di esperienza sono cambiate le nostre idee su questo problema.

Lo si accetta perché in fondo è chiaro che il bambino con handicap non può dare esattamente quello che possono dare gli altri e che quindi anche se lui non apprende come gli altri non è colpa nostra. Così oggi nella scuola il problema non è più l'handicap, ma sono i disturbi dell'apprendimento o più ampiamente il disagio scolastico.

Si tratta di bambini che vengono dichiarati il più delle volte normali e questo di solito irrita molto gli insegnanti. Irrita il fatto che il bambino in classe non funziona come si è stabilito che debba.

Un caso: una logopedista dice di avere esaminato un bambino di sei anni che deve andare in prima elementare. Secondo gli insegnanti di scuola materna il bambino potrebbe avere bisogno di un insegnante di sostegno.

Si esamina il bambino che ha un quoziente intellettivo di 99. Tutte le prove di comprensione del linguaggio vanno bene. Le prove grafomotorie sono discrete. Ha ancora un piccolo problema fonologico di espressione verbale.

Perché allora si suggerisce l'insegnante di sostegno? Perché l'insegnante di scuola materna dice che, quando arriva il suo turno, il bambino non è in grado di rispondere con prontezza e spesso risponde in modo sbagliato o non si capisce bene quello che vuole dire.

La risposta del servizio non può che essere in questo caso: bambino con lieve disturbo fonologico che non necessita di sostegno; eventualmente utile riverificare l'andamento dell'apprendimento nel corso della prima elementare e solo allora, in presenza di problemi di apprendi-

mento, si potrebbe pensare a qualche tipo di intervento di appoggio o sostegno. Questo crea conflitti con la scuola. Aggrava i problemi la rigidità di sistema per il sostegno scolastico: per concederlo, lo si deve sapere nel gennaio che precede l'anno scolastico in questione.

Per i bambini che vanno dalla quinta elementare alla prima media questo può andare bene perché in questo lasso di età non si cambia moltissimo, ma i bambini di 6 anni cambiano rapidamente e 9-10 mesi prima o dopo possono significare profondi cambiamenti di sviluppo.

Anzi chi crede nella rieducazione è piuttosto convinto del contrario: e cioè che se adesso ci mettiamo a lavorare bene sulla rieducazione del linguaggio fra 8 mesi quel bambino non avrà più bisogno di nessun intervento.

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. Denominazione della specialità: ENTEROGERMINA

2. Composizione qualitativa e quantitativa - Un fialoide contiene: principio attivo: spore di *Bacillus subtilis* poliantibiotico resistente 1 miliardo. **3. Forma farmaceutica** - Sospensione orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** - **4.1 Indicazioni terapeutiche** - Cura e profilassi del dismicrobismo intestinale e conseguenti disvitaminosi endogene. Terapia coadiuvante il ripristino della flora microbica intestinale, alterata nel corso di trattamenti antibiotici o chemioterapici. Turbe acute e croniche gastro-enteriche dei lattanti, imputabili ad intossicazioni o a dismicrobismi intestinali e a disvitaminosi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** - Adulti: 4-6 fialoidi al giorno; bambini: 3-4 fialoidi al giorno; lattanti: 2-3 fialoidi al giorno, salvo diversa prescrizione medica. Somministrazione ad intervalli regolari (3-4 ore), diluendo il contenuto del fialoide in acqua zuccherata, latte, tè, aranciata. **4.3 Controindicazioni** - Ipersensibilità accertata verso il prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** **4.4.1 Speciali avvertenze** - L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei fialoidi di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus subtilis*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il fialoide prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** - Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** - Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** - Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** - Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** - A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. Proprietà farmacologiche** - **5.1 Proprietà farmacodinamiche** - ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus subtilis*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus subtilis*, grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici, superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministra-

zione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetraciline, Macrolidi, Aminoglicosidi, Novobiocina, Cloramfenicolo, Tiamfenicolo, Lincomicina, Isoniazide, Cicloserina, Rifampicina, Acido Nalidixico e Acido Pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** - **6.1 Lista degli eccipienti** - Acqua distillata sterile - **6.2 Incompatibilità** - Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** - Stabilità a confezionamento integro: 24 mesi. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** - Nessuna. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** - Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Prezzo L. 10.000. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. Prezzo L. 19.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI WINTHROP S.p.A. - Via Piranesi, 38 - Milano. - **8. Numero dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - Confezione di 10 fialoidi A.I.C. n° 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. n° 013046026. - **9. Data di prima autorizzazione/rinnovo dell'autorizzazione** - Confezione di 10 fialoidi: 3 Novembre 1978/1 Giugno 1995. **10. Tabella di appartenenza secondo D.P.R. 309/90** - Non soggetta al D.P.R. 309/90. **11. Regime di dispensazione al pubblico** - Non soggetto a prescrizione medica. **12. Data di (parziale) revisione del testo** - 30 Maggio 1996.

sanofi

Disordini di apprendimento e intelligenza

I bambini con disturbo scolastico ci mettono in crisi perché è diffusa una concezione non corretta e troppo lineare e meccanicistica delle prestazioni. Per esempio si è stabilita una correlazione tra intelligenza e prestazioni di lettoscrittura. L'acquisizione della lettoscrittura o meglio del processo di transcodifica di cui si diceva sopra, non è espressione in sé d'intelligenza. Si trovano bambini con deficit cognitivo che scrivono e leggono bene e si trovano bambini con efficienza cognitiva intatta che non sanno leggere o scrivere o comunque hanno gravi difficoltà nella lettura e nella scrittura. Se il sistema gnoseologico e di valori in atto è organizzato per ritenere che il bambino intelligente debba mostrare prestazioni adeguate in tutti gli ambiti, questa ipotesi non consente di considerare nella giusta luce il bambino che non impara a leggere e a scrivere. Se si considera che il bambino intelligente dovrebbe imparare a leggere e a scrivere bene, si conclude che chi non impara a leggere e a scrivere bene non è intelligente. È vero che la stragrande maggioranza dei bambini normodotati impara a leggere e a scrivere bene, ma è anche vero che ci sono dei bambini con deficit cognitivo acclarato che imparano a leggere e scrivere anche senza alcun ritardo, come ci sono alcuni bambini perfettamente normodotati o brillanti sul piano intellettuale che non imparano nei tempi previsti o addirittura non imparano o imparano molto male: questi ultimi sono i bambini con disturbo

specifico di apprendimento. Da un punto di vista scientifico oggi è chiaro agli studiosi di scienza cognitiva che ci sono alcuni sottosistemi funzionali che sono parzialmente indipendenti dall'intelligenza. Oltre alla lettoscrittura è da segnalare il calcolo: non si diventa più intelligenti imparando le tabelline. Che sia vantaggioso per un bambino fare i calcoli a mente è certo, ma è altrettanto certo che non abbiamo subito un decremento di intelligenza perché abbiamo imparato ad usare le calcolatrici. Gli insegnanti di matematica affermano che il decremento c'è stato, ma tutti dicono che i bambini di oggi sono più intelligenti di quelli di ieri. In realtà non ci sono prove che i bambini di oggi siano più intelligenti di noi, bambini di ieri, ma è sensato pensa-



lire. L'intelligenza quindi è qualcosa di meno procedurale delle abilità anche se a volte si danno dei giudizi d'intelligenza giudicando abilità che sono abbastanza autonome dall'intelligenza; diciamo "abbastanza" perché in effetti se c'è un deficit intellettivo severo allora anche le abilità difficilmente vengono istruite e sviluppate correttamente. Oggi c'è anche il mito che se un bimbo ha un disturbo che ha avuto Einstein (o un altro personaggio importante) il disturbo ha un valore positivo; per cui nascono leggende su Einstein dislessico o Napoleone disprassico. Sono favole naturalmente. È sì vero che Einstein o Leonardo da Vinci avevano qualche problema di scrittura, ma non è vero che i bambini dislessici sono iperdotati. Gli studi sui disturbi dell'architettura neuropsicologica, come le dislessie, dimostrano che questi sono presenti nella popolazione normale e distribuiti casualmente. Come è vero che se facciamo vedere in video un ragazzino di 11-12 anni carino e dai capelli lunghi che legge male, la prima reazione degli insegnanti può essere "ma allora! sembrava normale", come se l'aspettativa fosse di un dislessico che avesse gli occhi di traverso, le orecchie in basso, la bocca aperta. Questo non sconcerta più, ma fa capire che comunque l'insegnante pensa che qualche tarlo da

re che nel tempo per una serie di fattori individuabili la popolazione tenda a diventare più capace di risolvere problemi, di applicare l'intelligenza, le capacità di pianificazione e di controllo.

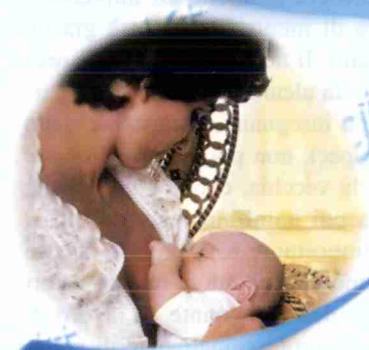
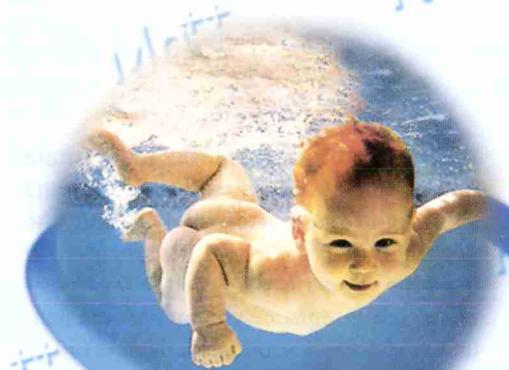
È sensato anche ritenere che alcune abilità specifiche sostituite dall'automazione si riducano: così quella del calcolo. Così è possibile che oggi vi sia meno memoria verbale di nostri predecessori di 500-600 anni fa, che dovevano ricordare tutto perché la scrittura non era diffusa. Questi processi sono inarrestabili, anche se terrorizza l'idea che fra qualche decennio o anno non sarà più necessario scrivere perché basterà dettare ad un microcomputer, che trascrive il parlato. Già oggi un programma computerizzato per questo esiste e costa 340.000



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

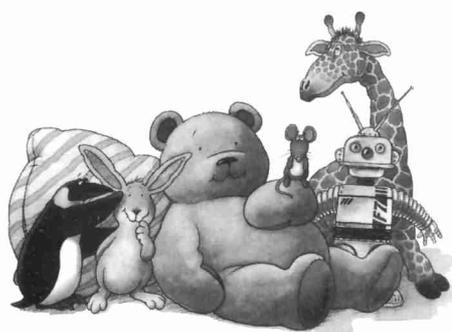
L'Acqua SANGEMINI è pura perché nasce da sorgenti circondate da una vasta area di natura protetta, viene sottoposta a costanti e severi controlli ed è imbottigliata con le tecnologie più moderne. E' leggera e di sapore gradevole.


SANGEMINI
Salute, Sangemini

qualche parte lo deve pur avere o comunque dirà che quello non è un dislessico, ma è uno che non ha voglia.

La base “anatomica” dell’apprendimento

La ricerca ha dimostrato che i disturbi di lettoscrittura procedono da diversi assetti costituzionali, come ad esempio *l’assenza di una prevalenza del planum temporale sinistro rispetto al planum temporale destro*; trattasi di piccole sfumature, non danni neurologici ma variazioni della norma. Abbiamo forse la stessa distanza tra gli occhi? Le nostre orecchie sono perfettamente allineate? Abbiamo l’arco del piede fatto tutti uguale e il piede piatto è fatto sempre allo stesso modo? Abbiamo tutti lo stesso tipo di pelle? Queste sono varianti dello sviluppo che si vedono. Poi ci sono quelle che non si vedono, ma che si manifestano con i comportamenti di apprendimento. Pertanto si deve lavorare con un bambino che ha alcune difficoltà di partenza, che non sono necessariamente legate all’intelligenza, che ostacolano lo sviluppo di alcune abilità, anche complesse, che possono interessare la lettoscrittura ma, dirà l’insegnante, anche l’esposizione orale e la memorizzazione verbale. Questa difficoltà non può essere rimossa se non con un lunghissimo lavoro fino a che il bambino non trova una strategia alternativa, vicariante. Oggi si sta dimostrando che alcuni bambini con forme di dislessia su base visuospatiale hanno un *difetto nel sistema visivo magnocellulare: un numero ridotto di cellule grandi*. Nel sistema visivo esistono due tipi di cellule, magnocellulare e parvocellulare, che svolgono due funzioni distinte, una processa forma-contrasto,



l’altra processa il movimento e il colore. Queste cellule non aumentano con l’attività, non si riproducono: questo substrato anatomico non è modificabile, come non lo è il planum temporale sinistro quando è uguale a quello destro invece che più sviluppato. Se l’ex bambino a trent’anni ha migliorato la funzione, non è che il planum si è sviluppato di più, è solo che il bambino ha imparato delle strategie di compenso. Ma imparare le strategie di compenso è un processo molto lungo.

Ancora: una delle varie cause della dislessia, secondo Berlucchi, è questa: se immaginiamo le nostre terminazioni nervose, queste si attaccano a grappoli su una serie di neuroni che chiameremo *A, B, C, D, E, F*. In alcuni dislessici questi grappoli neuronali sono presenti con lo stesso numero ma con disposizione diversa nella serie fino ad essere invertita. Le comunicazioni della rete neuronale sono in parte predeterminate, in parte determinate dall’esperienza. Se *A* geneticamente è predisposto a comunicare e a trovare *E* ed invece trova *O*, non lo sa; per cui se si spiega ad un bambino che quella lettera che lui legge “p” è una “b”, lui continuerà ad essere incerto per molti anni. E da adulto sarà ancora incerto se quella lettera gliela mostro isolata, ma non lo sarà più se la vede in una parola, dentro un contesto che ha imparato. Ha imparato ad usare una strategia alternativa che si chiama strategia lessicale, che si può modificare e che si usa in alternativa alla strategia fonologica che invece non si modifica mai. E se l’adulto legge delle “non parole” che non esistono e che non ha mai visto sbaglierà come da bambino.

Conclusioni

Sostanzialmente si deve rivedere la nostra *ingenua teoria* dell’intelligenza tenendo conto che esistono disabilità specifiche, che dobbiamo lavorare con questi bambini accettandoli, che ci vuole tempo e che grandissima parte del tempo ogni bambino lo passa a scuola con l’insegnante. Non bisogna pensare sempre che *il bambino ci sta fregando*, ma che se non apprende una cosa, anche se quotidianamente sollecitato ad imparare, può avere un problema diverso dal *non averne voglia*. Non bisognerebbe più pensare che

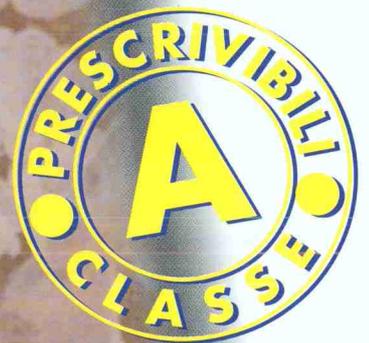
lo scopo dell’insegnamento è di portare tutti i bambini allo stesso livello; si tratta di un punto di partenza sbagliato che porta alla frustrazione l’insegnante e il bambino. Come non è accettabile la posizione dell’insegnante che in terza elementare si attende la scomparsa degli errori di ortografia e se non scompaiono “ferma” il bambino. Quel bambino crescerà e farà errori di ortografia anche all’università, ma ne farà di meno. E questo è già un buon risultato. Il non far più errori è reso impossibile da alcuni determinanti di partenza che gli insegnanti, nonostante siano esperti e capaci, non possono modificare. È positiva la vecchia, classica insegnante che lavora col bambino testarda tutti i giorni. L’importante è ricordarle che se quel bambino non smette di fare gli errori non è colpa dell’insegnante. Il lavoro di chi si occupa professionalmente di collaborare con la scuola è fatto per creare le condizioni per favorire lo sviluppo; questo non è solo funzione della nostra capacità di insegnamento ma è anche funzione di difficoltà intrinseche dei bambini. Per queste difficoltà non esistono ricette tautologiche che fanno scomparire i disturbi. La situazione può essere modificata solo con un grande, duro e impegnativo lavoro. ■



SOLUZIONI PER AEROSOL

Lunibron-A[®]

Flunisolide



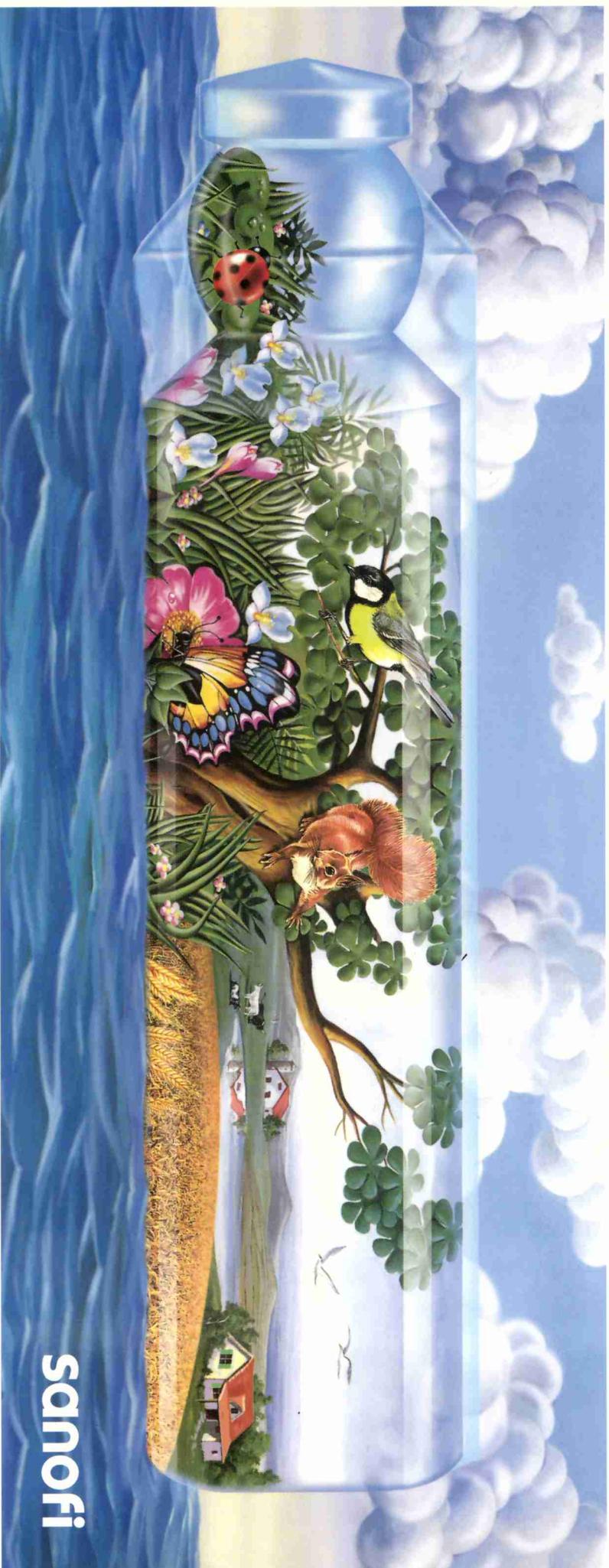
Depositato presso il Ministero della Sanità in data 28/10/1997

Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



sanofi

ENTNEROGGERMINA®

Lo recupera e lo mantiene.