

Quaderni acp

volume VII - numero 1

www.acp.it

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

Gennaio-Febbraio 2000

Siamo solo pediatri ma è già molto

*Le consulenze specialistiche
al pediatra di libera scelta*

*I progenitori dei consultori
a Firenze all'inizio del '900*

Come star bene a scuola

L'intossicazione da Coca-Cola

Hanno scoperto il bullismo

L'errore in radiologia: entità e rimedi

Asma: l'allattamento al seno la previene?

Il mercurio del Timerosal

Vivere felici senza glutine

*Un bambino con una tumefazione
mastoidea e seimila globuli bianchi*

*L'esperienza scolastica fattore
protettivo nello sviluppo*

Fattori di successo e progetti sul rischio sociale

*Una "chance" per novanta ragazzi
senza scuola*

*La diagnosi per immagini
nelle infezioni urinarie*



edizioni no profit
ACP

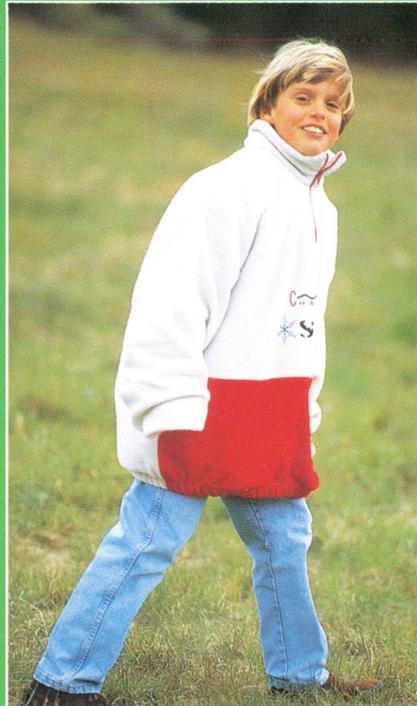
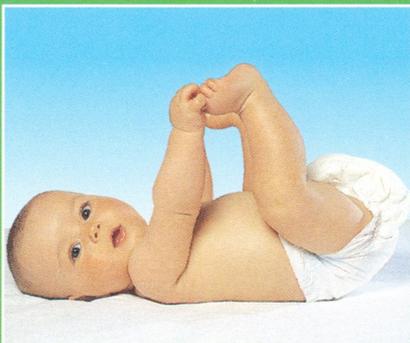
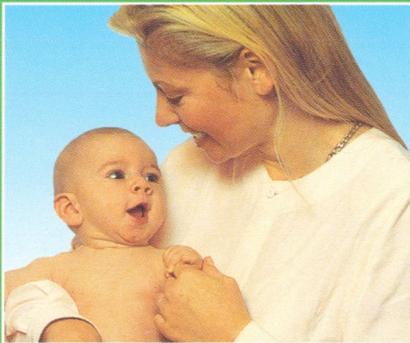
1. Denominazione della specialità. Haliborange. **2. Composizione qualitativa/quantitativa in principi attivi ed eccipienti.** 100 ml contengono: Principi attivi: Olio di fegato di ippoglossio ml 1,5 (contenente 69.000 U.I. di Retinolo e 11.000 U.I. di Colecalciferolo), Acido ascorbico mg 160. Eccipienti: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

4. Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica. Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ippoglossio in funzione del suo contenuto di Retinolo (Vit A) e di Colecalciferolo (Vit D). L'assunzione delle due vitamine stimola il normale accrescimento corporeo del bambino e svolge inoltre le specifiche azioni delle singole vitamine: antiinfettiva, protettiva degli epitelii ed antixerofalmica per la Vit. A, soprattutto regolarizzatrice del ricambio calcio fosforo per la Vit. D. L'Acido ascorbico, parimenti contenuto nell'Haliborange, svolge un ruolo di primo piano nei processi ossidoriduttivi cellulari, salvaguardando dalle facili ossidazioni e dalla conseguente inattivazione numerose sostanze biologicamente attive. La vitamina A viene assorbita rapidamente nell'intestino in presenza di grassi e bile; l'emoconcentrazione è massima dopo 3-5 ore dalla somministrazione; il fegato costituisce un notevole deposito di vitamina A, che mobilita secondo necessità. Il fabbisogno giornaliero normale cresce in rapporto all'accrescimento ponderale, nella gravidanza, nell'allattamento, ecc.. La vitamina D viene assorbita nell'intestino in presenza di grassi e di bile; si deposita in vari organi da cui viene ceduta lentamente. I depositi costituiti dall'alimentazione non sono rilevanti, per cui se la dieta o l'assorbimento sono insufficienti e se la provitamina depositata nella cute non viene trasformata in vitamina D dai raggi ultravioletti della luce del sole, è facile l'instaurarsi di ipo o avitaminosi. La tossicologia della vitamina A e vitamina D per via orale viene discussa nel paragrafo 5.8 relativo all'iperdosaggio. **5. Informazioni cliniche.** **5.1 Indicazioni terapeutiche.** Condizioni nelle quali può verificarsi un aumento nel fabbisogno di vitamine A e D: periodo della crescita, gravidanza, allattamento. **5.2 Controindicazioni.** Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto, ipercalcemia. **5.3 Effetti indesiderati.** Non segnalati. **5.4 Precauzioni per l'uso.** Dosi eccessive o trattamento prolungato con alte dosi di vitamina A o D possono causare i sintomi caratteristici di ipervitaminosi. Non superare quindi le dosi consigliate. Ove si osservino sintomi o fenomeni di qualsiasi tipo, interrompere il trattamento e consultare il medico. **5.5 Impiego in gravidanza e nell'allattamento.** La gravidanza e l'allattamento sono tra le indicazioni terapeutiche del farmaco. Durante la gravidanza l'uso del prodotto deve avvenire sotto diretto controllo del medico (vedi avvertenze) e comunque non deve superare 1 cucchiaino al dì. **5.6 Interazioni.** Non segnalate. **5.7 Posologia e somministrazione.** Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, (es. nel poppatoio) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti. **5.8 Sovradosaggio.** Una intossicazione "acuta" da vitamina A si può avere nei bambini solo se si superano le 300.000 unità al giorno. L'ipervitaminosi D, che nel bambino si può verificare dopo assunzioni di 40.000 unità al giorno per 1-4 mesi, nell'adulto si può avere nella somministrazione cronica di 50.000 unità al giorno. Nel caso dell'Haliborange la possibilità di iperdosaggi è solo teorica in quanto anche se per errore il bambino ingerisse tutto il contenuto del flacone (69.000 U.I. di vitamina A e 11.000 U.I. di vitamina D), la quantità di vitamine sarebbe lontana dalle dosi pericolose. Anche ingestioni del contenuto di più flaconi di emulsione, a breve distanza di tempo, comporterebbero con difficoltà livelli tossici delle vitamine considerate. **5.9 Avvertenze.** Tener fuori dalla portata dei bambini. La vitamina D deve essere usata con cautela nei portatori di insufficienza renale, di arteriosclerosi, di malattie coronariche e negli anziani. Haliborange contiene Sodio metabisolfito; tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico ed attacchi asmatici gravi. Dosi molto elevate di vitamina A negli animali sono teratogene e sono state associate in casi isolati a malformazioni nell'uomo. Quantitativi giornalieri di vitamina A più elevati di 10.000 U.I. vanno evitati in gravidanza (specie nei primi mesi) e si deve consultare il medico per i consigli circa la quantità totale di vitamina A assumibile attraverso le diverse fonti. **5.10 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchine.** Nessuno. **6. Informazioni farmaceutiche.** **6.1 Incompatibilità.** Non segnalate. **6.2 Durata di stabilità a confezione integro.** 18 mesi. **6.3 Speciali precauzioni per la conservazione.** Tappare il flacone dopo l'uso. Usare entro 1 mese dall'apertura del flacone. **6.4 Natura del contenitore, confezione e relativi prezzi.** Flacone di vetro ambrato da g 200 L.9.500. **6.5 Eurospital S.p.A.** Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia. **6.6 Codice del Ministero della Sanità e data di prima commercializzazione.** Codice 009755012, settembre 1957. **6.7 Tabella di appartenenza secondo la legge del 22.12.75 N. 685.** Non applicabile. **6.8 Regime di dispensazione al pubblico.** Vendita senza obbligo di ricetta medica. Eurospital S.p.A. Via Flavia 122-34147 Trieste, Italia Tel. 040 89971 Telefax 040 280944 © Marchi internazionale depositato e registrato. Depositato presso il Ministero della Sanità in data 20.06.1997.

HALIBORANGE®

Vitamine A, D e C

Nell'età della crescita



● Haliborange nel periodo della gravidanza

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

● Haliborange nel periodo dell'allattamento

per favorire la corretta crescita del bambino, attraverso il latte materno. **Posologia:** non superare 2 compresse al dì o 1 cucchiaino di emulsione.

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

per l'irrobustimento delle ossa, una normale dentizione, la vista e il sistema immunitario. **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

Gennaio - Febbraio 2000 volume VII, numero 1

Editoriale

- 7 Siamo solo pediatri ma è già molto
Giancarlo Biasini

Congressi controllo

- 8 Assisi - Congresso nazionale ACP
Giancarlo Biasini
9 Napoli - Pratica e ricerca
Giancarlo Biasini
9 Perugia - Quindici anni
Antonella Brunelli

Ricerca

- 10 Le consulenze specialistiche al pediatra di libera scelta
Luca Brivio

Organizzazione sanitaria

- 15 Le norme ISO fanno cilecca

Libri

- 16 Bianca Pitzorno, *Extraterrestri alla pari*
16 Martin Winckler, *La malattia di Sachs*
17 Marc Abrahams, *La scienza impossibile*

Lettere

- 18 I progenitori dei consultori a Firenze all'inizio del '900
Patrizia Guarnieri

Medici, Medicine e Letteratura

- 20 Malati immaginari
Jerome K. Jerome

Info

- 22 Il Duce contro i vaccini
22 Il Marcelletti dal privato se ne va
22 L'associazione Majno: una ONLUS per i bambini
22 Mettiamo l'ossido nitrico nel latte formulato?
22 La diseguale distribuzione del sapere
22 Di Bella inefficace: un'altra prova
23 Ancora sulla celiachia
23 Malattie minori e povertà
23 Pecore e Hp
23 Non mangiatevi le unghie!
23 Piemonte: donazione di midollo osseo
23 Se il primo è pretermine...
23 Inquinamento elettromagnetico

World-Info

- 24 USA - Pillole di storia dell'allattamento
24 UK - Disturbi mentali e svantaggio sociale
24 USA - Sign your site!
24 USA - Catherine De Angelis nuovo direttore del JAMA
24 ITALIA - Lungimiranza
24 USA - Cibi transgenici "multiuso"
24 USA - L'AMA dalla polvere al full text su internet
25 ARABIA - Continuano le trasgressioni al codice
25 UK - Dolly venduta in California
25 USA - Technology Assesment
25 OMS - Soldi spesi bene!
25 USA - Capra clonata e nel latte produce...
25 SVEZIA - I rischi della fecondazione in vitro

Diritti

- 26 Come star bene a scuola
Cinzia Buscherini et al.

Osservatorio Internazionale

- 31 L'intossicazione da Coca-Cola
Sergio Conti Nibali

Lettere

- 32 La gabbia e la notizia
Maria Rita Cajani
32 Tecnologie e povertà
Francesca Siracusano
33 Ancora sui DRG
Enzo Mattina
34 Come essere pediatri
Angelo Spataro
34 Nati per leggere
Giuseppe Rinaldi
34 Genova città sostenibile per i bambini
Paolo Durand

Media Alert

- 35 Hanno scoperto il bullismo
Giancarlo Biasini

ACP News

- 36 A Milano: informatica per il pediatra di famiglia
36 A Verona: Consiglio direttivo dell'ACP
36 A Bassano un premio al gruppo ACP
36 Gruppi locali: un form unico dal duemila

Ausili didattici

Leggere e fare

- 38 L'errore in radiologia: entità e rimedi
39 Asma: l'allattamento al seno la previene?

Aggiornamento avanzato

- 40 Il mercurio del Timerosal
Giorgio Bartolozzi

Informazioni per genitori e pazienti

- 44 Vivere felici senza glutine
Luigi Greco

Il caso che insegna

- 46 Un bambino con una tumefazione
mastoidea e seimila globuli bianchi
Cristina Milocco, Lia Gnemmi, Mauro Pocecco

Aggiornamento avanzato

- 48 L'esperienza scolastica fattore protettivo nello sviluppo
Augusto Palmonari, Rita Semprini

Bambini con bisogni speciali

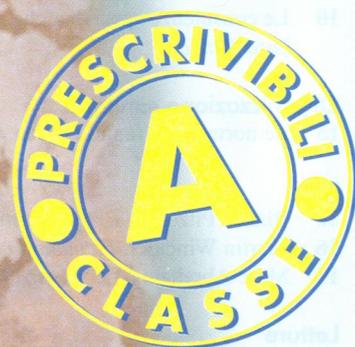
- 52 Fattori di successo e progetti sul rischio sociale
Giovanni Laino, Paolo Siani
54 Una "chance" per novanta ragazzi senza scuola
Cesare Moreno

Il punto su

- 56 La diagnosi per immagini nelle infezioni urinarie
Giancarlo Biasini

Lunibron-A[®]

Flunisolide



Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS

Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Gennaio - Febbraio 2000 volume VII, numero 1

Direttore
Giancarlo Biasini

Direttore responsabile
Franco Dessì

Direttore organizzativo
Giovanna Benzi

Responsabile esecutivo
Salvo Fedele

Comitato editoriale
Antonella Brunelli
saper fare

Giuseppe Cirillo
bambini con bisogni speciali

Sergio Conti Nibali
*informazioni per genitori
e pazienti*

Luciano de Seta
il caso che insegna

Rosario Ferracane
leggere e fare

Michele Gangemi
ricerca

Pierpaolo Mastroiacovo
ebm

Lucio Piermarini
un po' per gioco

Paolo Siani
organizzazione sanitaria

Francesca Siracusano
ACP news

Collaboratori abituali
Maurizio Bonati
osservatorio internazionale

Giancarlo Cerasoli
letture

Francesco Ciotti
nessuno scrive al colonnello

Carlo Corchia
statistiche correnti

Nicola D'Andrea
libri

Vitalia Murgia
tribuna

Italo Spada
film per ragazzi

Redazione
Antonio Basile
Pippo Bruno
Enrico Corpora
Giusi De Santes
Caterina Lo Presti
Maria Grazia Lunetta
Gaetano Milioto
Nicola Tarantino
Daniela Vernaccini

Grafica e impaginazione
Ignazio Bellomo

© Associazione
Culturale Pediatri

ACP edizioni No Profit
*Le norme redazionali
sono pubblicate a pag 58
di questo numero*



In questo numero l'illustrazione di copertina è tratta da "The Maisy's Calendar" edito da Walker Books Ltd London. Le altre illustrazioni all'interno sono tratte da cartoline di Bo Bendixen.

INDIRIZZI

Direttore
Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10 - 47023 Cesena
Tel e Fax 054729304 E-mail: gcbias@tin.it

Redazione e direzione esecutiva
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS
Unità locale di Palermo
via Galileo Galilei 22 - 90145 Palermo
Tel e Fax 0916810715 E-mail: sfedele@tin.it

Amministrazione
Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR)
Tel e Fax 078357401 E-mail: fdessi@tin.it

Reclami e copie arretrate
Gianni Piras
via Nulvi 27 - 07100 Sassari
Tel 03477635412, Tel e Fax 0792590021
E-mail: notes@tiscalinet.it

Stampa
Stilgraf
viale Angeloni 407 - 47023 Cesena
Tel 0547610201 E-mail: dima@interoffice.it

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>

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

Siamo solo pediatri ma è già molto

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 7

Sicuramente diventiamo medici conoscendo le cause biologiche delle malattie, e spesso ci sentiamo tali solo quando possiamo curarle o prevenirle. Ma siamo buoni pediatri se trascuriamo quegli interventi "non biologici" di cui esistono evidenze di efficacia sulla salute del bambino?

Su uno degli ultimi numeri di *Occhio Clinico* Benny Assael si domanda se "siamo pediatri o maestri di vita". Scrive che oggi si pretende dalla medicina una capacità di intervento molto ampia; le si chiede di occuparsi di cose che non appartengono alla sua funzione di diagnosi e cura perché "molte malattie hanno origine da condizioni sociali" e ancora perché "le trasformazioni culturali possono avere ripercussioni sulla vita e sulla salute".

La tesi di Assael è che, forse, bisogna restringere il campo della medicina a quello preminentemente biologico, accentuandone il carattere tecnico-sperimentale, in modo da non permetterle o da non obbligarla ad esprimersi su tutti gli aspetti della vita.

La domanda cui rimane da rispondere è però se, essendo medici, dobbiamo occuparci anche di quelle malattie che originano da condizioni non biologiche o se queste sono escluse dal nostro ambito. Ma qual è poi la definizione del biologico? E se le condizioni sociali cui allude Assael modificassero il biologico (come probabilmente fanno) dovremmo allora occuparcene?

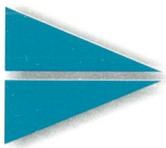
Franco Panizon sul numero di settembre di *Medico e Bambino* scrive che la medicina è diventata strumento fondamentale nella costruzione delle scienze umane ed ha deciso di occuparsi "anche della salute". A noi pare che il salto sia proprio qui: se la medicina debba occuparsi solo della malattia e solo di quella biologica, o anche della salute. Senza tornare a discutere sulla definizione di salute dell'OMS, forse troppo impegnativa, è doveroso tuttavia interrogarci su questo: ci si deve occupare solo delle malattie biologiche o anche della salute di coloro che ci sono affidati, quando il nostro intervento può influire in qualche modo su di essa?

Panizon scrive, quasi all'opposto di Assael, che la componente oblativa della nostra professione, il "dare qualcosa in più", è sempre stata alta; ma è proprio questa componente, crediamo, che viene messa in discussione da chi rivendica una visione preminentemente biologica della medicina. Il rischio può essere quello che deriva da una concezione troppo "lineare" della medicina: una condizione di malattia ha una causa ed una cura; se ha una causa ed una cura io medico me ne occupo; e se no, no. Di fronte a questo atteggiamento non è il caso di scendere sul campo epistemologico, ma crediamo difficile non prendere atto che nel database della Cochrane Library si ritrovano dimostrazioni che non solo cause che riteniamo biologiche sono all'origine del malessere; in *malessere* (male-esse) rispetto a *malattia* (male-habitus) cambia solo l'ausiliare. Si trovano dati che provano l'efficacia della frequenza alla scuola materna sul benessere ed il successo scolastico e perfino su quello professionale successivo; che l'allattamento materno, oltre al resto, migliora il sonno dei bambini e fa dormire di più i genitori e che i mass media possono influire sull'inizio del fumo degli adolescenti. Altrove si trovano evidenze di efficacia delle visite domiciliari sullo sviluppo del bambino e di efficacia degli interventi multilaterali, ma specie di quelli degli insegnanti, sui difetti di lettoscrittura. È ben noto che la povertà e l'analfabetismo specie della madre influiscono sulle condizioni di salute e che esiste un rapporto fra queste ed alcune bene identificate malattie di tipo biologico: abbiamo più volte recensito lavori su questi argomenti, oggi possiamo aggiungere che il leggere storie ai bambini favorisce il loro sviluppo e loro socialità.

Deve porsi il medico questi problemi che sono relativi sia alla organizzazione degli interventi che ad un suo diretto intervento sul singolo o sulla comunità?

Scriveva Cochrane che la gratuità di un trattamento in medicina deve essere basata sulla sua efficacia; ebbene a noi pare che anche per chi non vuole attestarsi sulla componente oblativa della medicina che richiamava Panizon (ed alla quale questa rivista crede fermamente) sia difficile non traslare l'osservazione di Cochrane e dire che almeno tutto ciò che è efficace è compito del medico e che egli ha un imperativo nella sua coscienza: fare in modo che il suo assistito ne disponga. ■

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



ASSISI

Congresso Nazionale ACP

Si è svolto ad Assisi, dal 5 al 7 novembre, l'XI Congresso Nazionale ACP con un buon numero di iscritti, circa 300, e con presenza in aula di una media superiore a 250 pediatri. Assenteismo modestissimo, dunque, rispetto alla moda dei congressi medici italiani; malgrado Assisi si presti all'assenteismo turistico. Grande interesse per l'argomento sollevato del "raccontare (o leggere) storie ai bambini" esposto da Rita Valentino Merletti, che ne ha scritto su *Quaderni acp* di Aprile 1999; argomento ripreso dal Radiogiornale Rai e dalla stampa quotidiana. Il presidente dell'Associazione Italiana Biblioteche, Iginio Poggiali, ha proposto ai pediatri una collaborazione su un progetto "Nati per leggere" di cui daremo altre notizie nei prossimi numeri di *Quaderni acp*. La formazione del pediatra è stata trattata da Mastroiacovo nel suo aspetto curricolare ed è stata completata da un'indagine degli specializzandi esposta da Simona Di Mario; la formazione permanente è stata trattata da Vitalia Murgia con una relazione molto partecipata. Quest'ultimo contributo, realizzato con la collaborazione di molti soci, diventerà un documento ufficiale dell'ACP. Giannino e Di Blasio hanno affrontato un tema nel quale l'ACP è impegnata da tempo: abuso, maltrattamento e neglect. Rapisardi ha esposto una proposta di linee guida per il puerperio, elaborate in sede ACP e già sottoposte ad una consensus conference con la partecipazione di società scientifiche ed associazioni sindacali (SIP, SIN, FIMP). Cirillo ha presentato un numero minimo di indicatori di distretto necessari per la programmazione dei servizi e ha esposto una prima collocazione di questi in un'area del comune di Napoli. Gangemi e Quadrino hanno discusso un caso di disturbi del sonno affrontato con metodiche di

counselling. Assael ha affrontato il problema delle resistenze batteriche emergenti. L'ultima giornata, dalle 8.30 alle 12.30, è stata dedicata ad alcune riflessioni dei gruppi locali ed alla presentazione di ipotesi di lavoro. I pediatri del gruppo piemontese hanno fatto una riflessione sui loro problemi operativi e sulle loro difficoltà: analisi condivisa da molti dei gruppi presenti. Due i progetti di ricerca presentati e che richiedono adesioni. Il primo, dell'ACP Maccacaro di Milano, su "la ricerca della prevalenza della cuti-positività per tubercolina nelle popolazioni immigrate"; il secondo dei gruppi di Messina, Verona e Basilicata su "applicabilità quotidiana di linee guida di buona pratica clinica", la patologia tracciante identificata è l'otite. Il gruppo ACP Bassano ha presentato dati su "come i bambini vanno a scuola" con la riconferma di un eccessivo uso dell'auto, già evidenziato dall'ACP Marche. Un progetto di modificazione dei percorsi per facilitare l'uso della bici e delle gambe è in atto a Bassano. Il Web dell'ACP (www.acp.it) e le sue prospettive sono state presentate da Fedele: nel Web c'è già tutta la rivista *Quaderni acp*, c'è il materiale sull'abuso e il documento sui servizi sanitari; inoltre è servito per il piccolo referendum sulla autoregolamentazione dei rapporti con l'industria. Una iniziativa nuova per il Web è la pubblicazione nel suo contesto di un blocco di schede di valutazione degli screening in pediatria, che saranno continuamente aggiornate a cura di Baronciani e collaboratori.

Sempre nell'ultima giornata sono state esposte le attività del Centro Salute del Bambino: il corso di formazione manageriale per dirigenti dei settori materno-infantili, che è in corso a Matera per complessivi sedici giorni, ed una ricerca finanziata con i fondi della ricerca sanita-



ria sulle modificazioni della salute indotte da "piccole correzioni" degli stili di vita. Assai graditi ed applauditi gli "Intermezzi": una innovazione pensata da Tamburini e composta di brevissime letture di pezzi letterari inseriti fra le varie relazioni. Sono stati presentati da Biasini, Panizon, Siracusano e Tamburini. Potrebbero diventare una caratteristica dei congressi ACP? L'assemblea dei soci ha approvato con qualche piccola correzione "in severità" l'impegno di autoregolamentazione per i soci ACP nei riguardi dell'industria. Ha altresì approvato all'unanimità il bilancio consuntivo e quello preventivo dell'Associazione presentati dal tesoriere. Dessì ha mostrato i dati relativi al numero dei soci, suddiviso anche per regione, in costante aumento ogni anno, il numero e la consistenza dei gruppi affiliati, la situazione delle quote dei soci singoli e dei gruppi. Di questo si darà conto prossimamente nella rubrica ACP News.

Infine i risultati delle elezioni. Sono stati eletti: Calia (pediatra di famiglia), Castelli (pediatra ospedaliera), Magazzù (universitario), Rapisardi (neonatologo ospedaliero). Rossetti, primo dei non eletti, sostituirà per un anno Pivetta dimissionaria perché residente all'estero.

L'attuale consiglio direttivo è quindi composto, oltre che dal Presidente, dai soci eletti ad Assisi e dai soci che rimangono in carica che sono Siani, Siracusano, Brunelli. L'assemblea ha approvato la sede di Vicenza per il Congresso del

Consiglio direttivo in carica

Antonella Brunelli (scade 2000)

Corrado Rossetti (scade 2000, rieleggibile)

Paolo Siani (scade 2000)

Maria Francesca Siracusano (scade 2000)

Enzo Calia (scade 2002)

Lucia Castelli (scade 2002)

Peppe Magazzù (scade 2002)

Gherardo Rapisardi (scade 2002)

2000, dietro promessa di break di baccalà alla vicentina. Ad Assisi i break erano con bruschetta. Alla cena sociale è stato ospite il giornalista Maurizio Chierici, del *Corriere della Sera*, persona schiva e molto diversa dal giornalismo rampantista di oggi.

g.c. b.



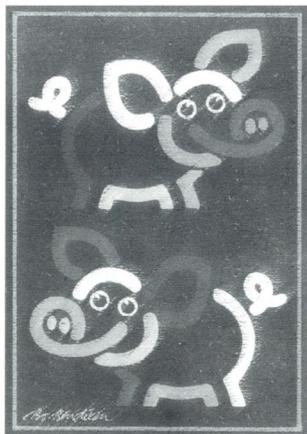
NAPOLI

Pratica e ricerca

Un convegno con un approccio originale si è tenuto a Napoli dal 18 al 20 novembre, in collaborazione fra l'ACP Campania e la Clinica Pediatrica diretta dal Prof. Auricchio. Lo schema: scegliere un problema clinico (ad esempio il trattamento della bronchiolite); effettuare un background degli aspetti controversi del problema (ad esempio l'efficacia dell'aerosol con salbutamolo e adrenalina); organizzare una ricerca sul campo, investendo possibilmente pediatri di famiglia ed ospedalieri; esporre in aula i risultati della ricerca; indicare un "esperto" che commenti i risultati, li sovrapponga alla letteratura e tragga conclusioni. Ovviamente senza la pretesa di giungere a conclusioni definitive. Ci è parso che si percorresse, con lo schema napoletano, la scala della Evidence Based Medicine:

- porsi una domanda,
- ricercare dati della letteratura,
- vagliarne, sulla base dell'esperienza, l'applicabilità pratica,
- fare una valutazione finale.

Naturalmente non dimentichiamo i vantaggi derivanti dall'essersi auto-obbligati



a lavorare insieme per produrre i dati, per pensare insieme e così via.

Dal dire al fare: i risultati? Prima quelli del convegno che ha avuto grandissima partecipazione: sala congressi della stazione marittima costantemente piena, gente in piedi, ascoltatori commisti al 50% fra pediatri di famiglia ed ospedalieri, discussioni irrefrenabili. Ed ora qualche dettaglio sui temi. Sulla broncopolmonite piena concordanza con i risultati dell'indagine dell'ACP: uso eccessivo di antibiotici costosi ed intramuscolari in ospedale, maggiore coerenza fra i pediatri di famiglia. L'approccio al dolore addominale ricorrente è, invece, risultato più corretto nell'esperienza napoletana che nella indagine ACP; ma a Napoli, con Auricchio, la gastroenterologia è di casa e non poteva essere diversamente. Alcune forzature illuministiche "filo-screening" sono emerse nella ricerca sulle ipercolesterolemie; ancora più evidenti nella valutazione delle ipertransaminasemie che sono risultate alte nelle obesità, ma per fortuna l'esperto (Maggiore) ha detto che è meglio non cercarle: confondere le offerte con i bisogni è atteggiamento un po' perverso in sanità.

Due forti spinte a occuparsi di problemi della "New pediatrics" (così la chiamava, già alla fine degli anni '70, Haggerty) sono venute dai gruppi che si sono occupati di abuso (esperto Baronciani) e di disordini del linguaggio (esperto Ciotti).

I primi in pochissimo tempo hanno identificato fra i loro assistiti ben 13 bambini che potrebbero essere sospettati di maltrattamento o abuso (rimane da fare il percorso dalla "percezione" all'accertamento); i secondi hanno individuato 50 loro bambini con disordini del linguaggio. Alcuni gruppi continueranno la ricerca e ne riferiranno l'anno prossimo, altri gruppi saranno formati sempre per l'edizione dell'anno prossimo.

Un convegno azzeccato, dunque, nel metodo, partecipato e simpatico da seguire; una migliore osservanza dei temi da parte dei relatori ed una conduzione un poco più "autoritaria" da parte dei moderatori avrebbero fatto conseguire risultati ancora migliori. Sarà per il prossimo anno.

g.c. b.

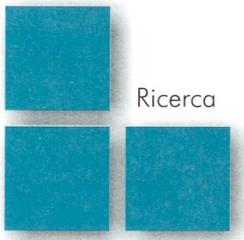
PERUGIA

Quindici anni

Saranno le dolci curve del Subasio, i centenari olivi o i porcini fritti, Perugia e le giornate perugine non deludono mai. L'arte, il gioco, la scienza si mescolano; la cultura fa spettacolo col mediterraneo Luigi Greco e lo spettacolo comico di Jacopo Fo fa la parte seria e ci ripropone il drammatico tema delle mine antiuomo e degli "angeli" di Emergency che da anni si spendono per l'uomo. Gli spazi e i tempi del congresso si dilatano e si aprono alla città con la prima mattinata dedicata alla genetica, argomento attuale e affascinante ma complesso nella comprensione, nei risvolti, nelle prospettive. Argomento, non solo d'apertura, ma filo conduttore, più o meno velato, di tutte le giornate, a testimonianza di quanto siano reciprocamente coinvolti l'ambiente, l'uomo, il suo genoma (o proteoma) e il suo destino. Giornate ricche di spunti, di riflessioni, nella grande varietà degli argomenti trattati: da quelli, ascoltatissimi, medico-legali alle nuove interessanti applicazioni (farmacologiche ed estetiche!) della tossina botulinica; dalle brillanti dimostrazioni pratiche di una valida terapia aerosolica, alla efficacia delle terapie riabilitative nelle paralisi; da un approccio più moderno alle vitamine alla revisione aggiornata delle Bartonellosi; dalle vaccinazioni al tradizionale palcoscenico delle novità. Pubblico piuttosto numeroso, attento, vivace e, non ultimo, affezionato agli amici umbri, che ogni anno generosamente fanno delle loro città la nostra casa. Arrivederci al prossimo autunno.

a. b.





Ricerca

Le consulenze specialistiche al pediatra di libera scelta

Luca Brivio

Pediatra di base, Gruppo collaborativo PdB-Consulenze specialistiche*

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 10-14

Obiettivi: Rilevare l'entità e la distribuzione degli invii allo specialista da parte del PLS, individuandone le aree più problematiche.

Metodi: Compilazione di questionari da parte del PLS al momento dell'invio e del ricevimento dell'esito di consulenze specialistiche e compilazione di questionari da parte dei genitori dei pazienti dopo la consulenza specialistica.

Risultati: Hanno partecipato 66 PLS con 24.554 accessi ambulatoriali o domiciliari. Le richieste di visita specialistica sono state 5.3 ogni 100 visite effettuate dal pediatra. Maggiormente richieste le visite oculistiche, ORL ed ortopediche. L'uso del self help diagnostico riduce significativamente le richieste. Gli ambulatori più utilizzati sono stati quelli pubblici specialmente per l'allergologia, mentre gli ambulatori privati sono stati utilizzati nel 15% dei casi, soprattutto per NPI, ORL e ortopedia. Il rapporto fra inviante e specialista si è dimostrato insufficiente ed episodico.

Conclusioni: Il frequente ricorso a consulenze specialistiche sottolinea il potenziale ruolo di filtro che il PLS potrebbe esercitare. Tuttavia, per garantire al bambino una continuità di cura efficiente ed efficace, è auspicabile una maggior integrazione gestionale fra PLS, bambino/famiglia e servizi specialistici.

Parole chiave: Cure primarie, medicina specialistica, Pediatria di libera scelta.

Introduzione

Nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano, diversamente da altri sistemi sanitari europei (1), i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) svolgono un ruolo di "filtro" nei confronti della medicina specialistica (2,3). Da un lato questo filtro risponde alla necessità di limitare al necessario l'accesso a cure costose e tecnologicamente avanzate, dall'altro identifica coloro che sono responsabili dell'assistenza primaria e della continuità di cura al paziente, cioè il MMG e il PLS. Un sistema siffatto può non essere scevro di problemi, connessi soprattutto ai tempi d'attesa fra invio e consulto e alla comunicazione fra MMG/PLS e specialista. Un tentativo di quantificare ed analizzare il problema è stato fatto per la medicina di base (4) e solo abbozzato per la pediatria (5). Per questo motivo è stato condotto uno studio epidemiologico descrittivo longitudinale delle consulenze specialistiche richieste ed accertate da un gruppo di PLS, nel corso di quattro settimane d'attività, con gli obiettivi sotto specificati.

Obiettivi

1. Descrivere il numero, la modalità e la tipologia degli invii allo specialista da parte del PLS.
2. Analizzare le motivazioni dell'invio, le caratteristiche della risposta dello specialista e il giudizio su questa del PLS.
3. Conoscere l'opinione dei genitori dei pazienti in merito alle caratteristiche organizzative e di contenuto della visita specialistica.
4. Identificare le aree problematiche sulle quali costruire un'eventuale seconda fase dello studio basata sull'implementazione d'interventi, con valutazione della loro efficacia, volti ad ottimizzare da un lato le richieste dei PLS e dall'altro l'organizzazione dei Servizi.

Metodi

Fra il 12 gennaio ed il 7 febbraio 1998, per ogni richiesta di consulenza specialistica, ogni PLS compilava un questionario (disponibile a richiesta) composto da una scheda con le modalità e la motivazione d'invio; una seconda scheda era compilata quando il pediatra riceveva la risposta dello specialista e riguardava una valutazione della consulenza. La stessa valutazione era effettuata per ogni consulenza specialistica effettuata dai propri assistiti, anche se non richiesta direttamente dal PLS, ma comunque a lui pervenuta fra il 12 gennaio e il 7 febbraio 1998.

Per ogni referto pervenuto il PLS consegnava ai genitori del paziente un questionario volto ad ottenere dai genitori stessi informazioni sugli aspetti pratici della consulenza specialistica. Il genitore era poi invitato a farlo pervenire compilato al pediatra.

Al fine di avere un denominatore sul quale calcolare la frequenza d'invio allo specialista durante le quattro settimane campione dello studio ogni PLS registrava il numero d'accessi ambulatoriali e domiciliari, avendo cura di suddividerli per sesso e fasce d'età. All'inizio dello studio ogni PLS compilava un questionario riguardante le caratteristiche proprie e quelle del territorio in cui operava. La significatività statistica delle differenze registrate è stata espressa, laddove applicabile, in termini di rischio relativo (RR) con un intervallo di confidenza del 95% (95% CI).

L'arruolamento dei pediatri è stato effettuato tramite divulgazione del progetto a partire da PLS partecipanti a BELLA, percorso di ricerca in pediatria di base, organizzato dal Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 66 PLS d'età compresa fra 31 e 59 anni, con una mediana di 40. La distribuzione per sesso ha visto una netta prevalenza di quello femminile (47 vs. 19) con anzianità di specializzazione da 3 a 33 anni (mediana 10), e di convenzione per la pediatria da 0 a 19 anni (mediana 8). Otto dei sessantasei PLS sono in possesso di seconda specializzazione. Ventotto PLS operano nella provincia di Milano, venticinque nelle province venete di Padova, Treviso e Verona, tredici nelle province di Campobasso, Isernia e Benevento.

Il numero totale di accessi ambulatoriali e domiciliari, calcolato su 60 dei 66 PLS (6 non hanno registrato gli accessi) e su 1.126 giorni (1.200 giorni totali di studio meno 74 giorni d'assenza) è stato di 24.554 (12.765 maschi e 11.789 femmine), con una media di 21.8 accessi al giorno per pediatra.

Nelle quattro settimane campione dello studio sono state richieste (da tutti e 66 i PLS) 1.386 consulenze specialistiche con una media di 21.7 per ogni PLS. Mediamente sono state richieste 5.3 consulenze specialistiche ogni 100 accessi (*tabella 1 e 3*). La distribuzione per età dei bambini oggetto della richiesta aumenta con l'età dei bambini visitati dai pediatri nel periodo campione dello studio (*tabella 2*).

Le consulenze specialistiche maggiormente richieste (e poi ottenute) sono risultate quelle di oculistica, ORL e ortopedia (*tabella 3*). La proposta d'invio è stata generata dal PLS nel 70.5% dei casi, dallo specialista nel 26.7%, da altro medico nel restante 2.8%. L'invio è stato effettuato con urgenza nel 5.0% dei casi. Il bambino è stato visitato dal PLS prima dell'invio nel 66.3% dei casi. La principale motivazione d'invio è stata la conferma o la

Tabella 1. Accessi e invii allo specialista nelle quattro settimane di studio (dati relativi a 60 dei 66 PLS)

	Accessi (n = 24554)	Invii (n = 1299)	Invii/ 100 accessi
Media (range) per pediatra	409.2 (66-645)	21.7 (2-56)	5.3 (0.5-22.7)

Tabella 2. Distribuzione per fasce d'età dei bambini inviati allo specialista (dati relativi a 60 dei 66 PLS)

Anni	Accessi	Invii	Invii/100 accessi
< 1	4.493	116	2.6
1-2	5.574	190	3.4
3-5	8.029	396	4.9
6-9	4.469	365	8.2
10-14	1.989	232	11.7
Totali	24.554	1.299	5.3

formulazione di una diagnosi (49.8%), seguita dal controllo di una patologia già nota (25.8%).

L'ambulatorio più frequentemente consigliato è stato quello pubblico dell'Azienda USL di residenza (*tabella 4*). Quando è stato consigliato un altro ambulatorio la motivazione principale è stata la maggior fiducia verso l'ambulatorio o lo specialista consigliati (34.0%), seguita dalla mancanza di un ambulatorio dedicato ai bambini per quella specialità (23.9%).

Il PLS ha scritto una lettera d'accompagnamento alla richiesta nel 10.5% dei casi. Ha avuto invece un contatto telefonico con lo specialista prima della visita nel 4.7%. Pertanto nell'84.8% dei casi l'invio è stato effettuato senza nessun contatto telefonico né epistolare con lo specialista.

Su 1.386 consulenze richieste ne sono state ottenute (entro i termini previsti dello studio) 1.090, pari al 78.7%. Delle 295 non ottenute, 72 (24.4%) non sono state effettuate per scelta dei genitori, altre 39 (13.2%) perché il tempo d'attesa è risultato superiore ai tre mesi, mentre delle restanti 184 (62.4%) non si conosce la causa. Le consulenze ottenute hanno una distribuzione sovrapponibile a quelle richieste (*tabella 3*) e sono state effettuate in ambulatori riservati ai bambini nel 40.7% dei casi. L'ambulatorio maggiormente utilizzato è stato quello pubblico della stessa Azienda USL, ma con una percentuale inferiore rispetto alla frequenza con cui era stato consigliato (*tabella 4*).

Dopo la visita è avvenuto un contatto telefonico o personale fra PLS e specialista nel 5.1% dei casi, prevalentemente su iniziativa del PLS (68.1%).

La risposta dello specialista è stata solo di tipo verbale nel 40.9% dei casi. Le risposte scritte sono risultate illeggibili nell'1.0% e poco leggibili nel 9.8% dei casi. L'identificazione dello specialista

Tabella 3. Classificazione delle consulenze richieste e ottenute

	Richieste (%)	Ottenute (%)
Oculistica	364 (26.3)	260 (23.9)
ORL	180 (13.0)	155 (14.2)
Ortopedia	162 (11.7)	129 (11.8)
Dermatologia	117 (8.4)	93 (8.5)
Allergologia	87 (6.3)	78 (7.2)
Chirurgia	77 (5.6)	65 (6.0)
Cardiologia	64 (4.6)	48 (4.4)
Fisiatria	63 (4.5)	54 (5.0)
NPI	45 (3.2)	35 (3.2)
Foniatra	30 (2.2)	23 (2.1)
Endocrinologia	24 (1.7)	22 (2.0)
Neurologia	21 (1.5)	21 (1.9)
Ortottica	19 (1.4)	13 (1.2)
Ortodonzia	16 (1.2)	9 (0.8)
Chirurgia plastica	15 (1.1)	12 (1.1)
Gastroenterologia	15 (1.1)	14 (1.3)
Urologia	15 (1.1)	13 (1.2)
Altre	72 (5.1)	46 (4.2)
Totali	1386 (100.0)	1090 (100.0)

Clenil[®]A

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

Fluibron A

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE CLENIL A

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: Beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Flaoncini monodose da 2 ml di sospensione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Per aerosolterapia: Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni** Infezioni virali tubercolari attive o quiescenti locali. Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL-A Monodose. Benché CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo anormamente 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 mineralcorticoida ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL-A è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL-A è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Proprietà tossicologiche** **Tossicità acuta:** DL50 (topo per os) > 4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) > 4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. **Tossicità cronica:** ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crisi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. **Tossicità genetica:** la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidratato, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 3 anni. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 10 flaconcini monodose da 2 ml - Lit. 9.300. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A. - Via Palermo 26/A - Parma **8. NUMERO DI A.I.C.** 023103070. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 09/03/91. **10. ULTIMA REVISIONE TESTO** 31/05/95. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO:** Da vendersi su presentazione di ricetta medica ripetibile.

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE Fluibron A Soluzione Monodose.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di soluzione allo 0,75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopolmonari 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 ispirare 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 richiuso 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

sta è risultata possibile nel 77.6% dei casi. In seguito alle proposte dello specialista, i genitori hanno scelto di tornare dal PLS per consultarsi nel 63.0% dei casi, hanno invece deciso di seguire le indicazioni dello specialista senza interpellare il PLS nel 26.0% e sono tornati dal PLS soltanto per la trascrizione della proposta nell'11.0%. I PLS hanno condiviso la prescrizione dello specialista nel 90.6% dei casi, non l'hanno condivisa ma hanno ugualmente trascritto la proposta nel 6.4%, non hanno condiviso né hanno trascritto la proposta nel restante 3.0%. I PLS hanno ritenuto utile la risposta dello specialista nell'83.4% dei casi, solo in parte nell'11.9% e inutile nel restante 4.7%. La frequenza d'invio allo specialista è risultata significativamente inferiore fra i PLS più giovani (RR: 0.88, 95% CI: 0.82-0.94), con minore anzianità di specializzazione (RR: 0.84, 95% CI: 0.79-0.90) e di convenzione (RR: 0.79, 95% CI: 0.74-0.85), fra coloro in possesso di una seconda specializzazione (RR: 0.79, 95% CI: 0.68-0.93) e fra i PLS maschi (RR: 0.82, 95% CI: 0.74-0.91). Da un punto di vista geografico i PLS delle province settentrionali hanno richiesto invii significativamente superiori rispetto ai colleghi delle province meridionali: RR 1.13 (95% CI 1.09-1.16) per i PLS milanesi e RR 1.14 (95% CI 1.11-1.18) per i PLS veneti. L'utilizzo in ambulatorio di strumentazione specifica ha influenzato la frequenza d'invio all'ortopedico, all'oculista e all'allergologo. I PLS che utilizzano scoliometro e podoscopio hanno inviato significativamente meno bambini all'ortopedico rispetto ai colleghi che non li utilizzano (RR: 0.46, 95% CI: 0.25-0.87).

I PLS che utilizzano gli ottotipi e lo stereotest di Lang hanno inviato significativamente meno bambini all'oculista rispetto ai

colleghi che non li utilizzano (RR: 0.81, 95% CI: 0.65-1.00). I PLS che utilizzano i prick test hanno inviato meno bambini all'allergologo rispetto a coloro che non li utilizzano, ma in questo caso il dato non raggiunge significatività statistica (RR: 0.37, 95% CI: 0.12-1.11).

La scelta della sede dell'ambulatorio specialistico varia in relazione alla distribuzione geografica; in particolar modo si è potuto notare un maggior utilizzo del Pronto Soccorso nelle province venete (16.1% di tutte le consulenze ottenute vs. 2.9% nella provincia di Milano e 0.0% nelle province dell'Italia Meridionale) ed un maggior utilizzo degli ambulatori privati convenzionati nella provincia di Milano (13.2% vs. 5.6% nelle province venete e 5.8% nelle province dell'Italia Meridionale).

La scelta fra un ambulatorio di tipo pubblico ed uno di tipo privato è variata in funzione della tipologia della visita: le consulenze allergologiche sono state fatte quasi esclusivamente nel pubblico (rapporto pubblico/privato 77/1), quelle NPI, ORL e ortopediche hanno visto il più elevato utilizzo del privato (rapporti rispettivamente di 7.8/1, 8.7/1 e 8.9/1).

Il ricorso al Pronto Soccorso per visite specialistiche ha presentato una variabilità non solo di tipo geografico (vedi sopra), ma anche in relazione alla tipologia della visita, con le consulenze dermatologiche al primo posto fra quelle maggiormente ottenute in Pronto Soccorso (1 ogni 3.7).

Nelle quattro settimane dello studio sono pervenuti anche 64 esiti di consulenze specialistiche non richieste direttamente dai PLS. Anche fra queste consulenze le maggiormente rappresentate sono quelle di oculistica, ORL e ortopedia, ma con una netta prevalenza di quelle ORL che costituiscono il 37.5% di tutti gli esiti pervenuti. Il 97.4% dei genitori ha ritirato la scheda da compilare. Di queste 1.124 schede consegnate ne sono state restituite 1.001, pari all'89.1%. Dalle 1.001 schede compilate e restituite dai genitori è risultato che 958 (95.7%) visite specialistiche sono state effettuate su appuntamento. Per queste 958 visite la prenotazione è stata effettuata telefonicamente nel 68.8% dei casi, di persona nel restante 31.2%. Il tempo d'attesa fra prenotazione e visita è risultato molto variabile e solo in parte dipendente dalla sede della visita (tabella 5).

Nella stragrande maggioranza dei casi (87.8%) la sede della visita è stata raggiunta con mezzo proprio, impiegando (58.3%) un tempo compreso fra 10 e 30 minuti. Una volta raggiunta la sede, nel 5.4% dei casi sono state incontrate difficoltà a trovare la sala visite dello specialista. Il bambino è stato ricevuto dallo specialista entro 10 minuti dall'orario prefissato nel 33.0% dei casi, oltre mezzora nel 25.5%. L'attesa è stata trascorsa in un ambiente ritenuto confortevole nel 54.3% dei casi. La durata della visita è risultata estremamente variabile, con una media di 21.8 minuti, una mediana di 15 e una moda di 10. L'83.1% dei genitori si è dichiarato soddisfatto della visita. Fra coloro che si sono dichiarati insoddisfatti, o soddisfatti solo in parte, la motivazione più frequentemente addotta è stata la fretteolosità della visita (53.0%), seguita dalla mancanza di chiarezza nella comunicazione (25.6%). Nel complesso l'80.9% dei genitori ha ritenuto che la consulenza ha permesso di risolvere o inquadrare meglio il problema del bambino, il 14.4% ha ritenuto che la soluzione è stata parziale. In più della metà dei casi (57.7%) è stato il PLS a consigliare l'ambulatorio o lo specialista, mentre nel 21.7% la scelta è

Tabella 4. Sede della consulenza

	consigliata (%)	effettuata (%)
Ambulatorio pubblico della stessa Azienda USL	65.9	54.7
Ambulatorio pubblico di altra Azienda USL	18.6	21.9
Ambulatorio privato convenzionato	8.3	9.1
Specialista privato	5.7	5.9
Pronto Soccorso	1.5	8.4
Totali	100.0	100.0

Tabella 5. Tempo d'attesa per l'effettuazione della visita (valori in percentuale relativi a 871 consulenze)

giorni	amb. pubbl. stessa AUSL	amb. pubbl. altra AUSL	amb. priv. convenz.	spec. priv.	totale
in giornata	4.8	6.4	2.6	9.1	6.0
1-6 giorni	18.1	20.3	20.8	40.9	21.0
7-13 giorni	24.8	22.5	27.3	36.4	25.0
14-27 giorni	25.9	33.7	27.3	11.4	25.8
>28 giorni	26.3	17.1	22.1	2.3	22.2

stata fatta dai genitori. Fra coloro che si sono rivolti ad uno specialista privato le motivazioni maggiormente addotte sono risultate il minor tempo d'attesa e la possibilità di scegliere il medico. Il costo della visita privata è risultato compreso fra Lit. 50.000 e 350.000 con una moda di 150.000. Fra coloro che si sono recati in un ambulatorio pubblico o convenzionato la scelta è stata motivata dalla fiducia in quell'ambulatorio e, solo secondariamente, da una valutazione economica.

Conclusioni

La frequenza d'invio allo specialista da parte del PLS è risultata pressoché identica (5.3% vs. 5.5%) a quella dello studio condotto dai MMG dal quale questa ricerca ha preso spunto (4). Le consulenze specialistiche ottenute senza invio da parte del PLS sono risultate nettamente inferiori rispetto a quelle ottenute senza invio da parte del MMG (4.4% vs. 29.8%).

Nei confronti invece dell'unico studio pediatrico italiano noto in letteratura (5) e del più recente studio americano (6) la frequenza d'invio è risultata circa doppia (5.3% vs. 2.6% e 2.9% rispettivamente). La prima impressione è quella di un ricorso probabilmente eccessivo al parere dello specialista da parte del PLS, ma i pochi dati esistenti in letteratura non permettono un commento più approfondito. Si può quindi pensare che vi siano ampi margini di riduzione, considerando l'elevata variabilità delle frequenze d'invio fra i diversi PLS di questo studio (da 0.5% a 22.7%) e il fatto che l'utilizzo di strumentazione specifica in ambulatorio abbatta significativamente il ricorso allo specialista. Le notevoli differenze geografiche riscontrate potrebbero essere legate solo alla minor offerta di servizi specialistici nelle province dell'Italia Meridionale.

Le differenze d'invio fra PLS maschi e femmine e quelle fra PLS più giovani o convenzionati da meno anni rispetto ai meno giovani o con maggior anzianità di convenzione meriterebbero d'essere meglio analizzate, ma la ricerca non ci consente di andare oltre il rilievo del dato.

I quesiti dei PLS sembrano concentrarsi sulla diagnosi e sul controllo del problema, ma limitatamente ad un numero ristretto di specialità: il 59.3% delle consulenze specialistiche richieste appartengono a tre grandi aree (oculistica/ortottica, ortopedia/fisiatria e ORL/audiologia/foniatria) e se si includono anche le richieste per visite dermatologiche, allergologiche, chirurgiche e cardiologiche si arriva all'84.2%. Questi dati possono fornire localmente precise indicazioni di tipo formativo, orientando la scelta dei corsi d'aggiornamento verso quei temi maggiormente fonte di invio allo specialista. Va anche tenuto presente che le richieste per visite NPI e odontoiatriche sono largamente sottostimate, nel primo caso per la possibilità di accesso diretto senza "impegnativa", nel secondo caso per l'elevato ricorso al privato, fenomeno tipico del sistema italiano.

In merito al flusso informativo fra PLS e specialisti, sembra confermarsi quanto già emerso negli altri studi (4,5) e cioè una scarsa comunicazione. I dati di questo studio suggeriscono che il PLS dovrebbe abituarsi a fare un uso maggiore del contatto telefonico o epistolare con lo specialista prima dell'invio. Limitarsi a trascrivere il quesito diagnostico sul ricettario SSN può non essere sufficiente sia per la brevità del testo che per il rischio che la prescrizione non giunga nemmeno in mano allo specialista ma sia utilizzata solo per fini amministrativi. Da parte dello spe-

cialista occorrerebbe invece un uso più sistematico della risposta scritta, leggibile ed identificabile.

Confrontando le sedi consigliate dai PLS e quelle dove poi effettivamente è avvenuta la visita (tabella 4), si osserva un uso meno frequente dell'ambulatorio pubblico della propria Azienda USL rispetto a quanto consigliato dai PLS. La migrazione maggiore sembra avvenire verso il Pronto Soccorso, consigliato come sede della visita nell'1.5% dei casi (anche se va detto che i PLS avevano riconosciuto l'urgenza della visita nel 5.0%), ma poi utilizzato nell'8.4%.

L'elevata percentuale di genitori soddisfatti nei confronti della consulenza ottenuta per il proprio bambino (80.9%) appare come un dato importante, ma non deve mascherare i rischi connessi al rapporto medico/famiglia/bambino in un sistema che non permette il libero accesso alla medicina specialistica pubblica: se colui che si occupa delle cure primarie è percepito come un ostacolo all'accesso alle cure specialistiche, il rapporto di fiducia si incrina, come recentemente sottolineato in uno studio statunitense (7). Da ultimo non va trascurato il dato che quasi il 90% dei genitori ha collaborato allo studio restituendo il questionario loro consegnato. Questo si accorda con l'impressione che le indagini condotte dai "medici di fiducia" (MMG e PLS) possono avere un'elevata possibilità di giungere a termine, soprattutto quando toccano temi percepiti come rilevanti da parte delle famiglie. ■

Bibliografia

- (1) Fleming DM, Backer P The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. *Occasional Paper 56, The Royal College of General Practitioners - UK, April 1992*
- (2) Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale (DPR 484/96)
- (3) Accordo Collettivo Nazionale dei Pediatri di Libera Scelta (DPR 613/96)
- (4) Caimi V, Parma E, Bosisio M et al. La visita specialistica in medicina generale: una valutazione di qualità. *Ricerca e Pratica 1995;11:139*
- (5) Benetti E, Salvadori R Indagine sull'accesso allo specialista da parte del pediatra di famiglia. *Atti del Primo Convegno Veneto di Ricerca in pediatria Territoriale. Bressio di Teolo PD, 1996:75*
- (6) Forrest CB, Glade GB, Starfield B et al. Gatekeeping and referral of children and adolescents to speciality care. *Pediatrics 1999;104:28*
- (7) Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA 1999;282:261*

*Gruppo Collaborativo PLS Consulenze Specialistiche:

Pasquato S, Cazzaniga R, Nova A, Sala E, Mazzucchi E, Nino L, Zanetto F, Rosa F, Colarocchion N, Brutti P, Strada M, Lovallo MT, Signori S, Monti S, Giurgola A, Villa M, Cappuccilli ML, Beretta P, Avisani A, Ferretti L, Mantecata M, Foschi C, Perdetti L, Clerici M, Ballerini M, Meda I, Formia L, Biolchini A, Chebaro L, Crespi M, Torrieri MC, Caruso E, Crisci G, Mascellaro O, Ranieri G, Soricelli M, Vicario V, Tano P, Meffe D, Napoleone E, Di Cicco C, Zarrilli S, Di Blasio E, Lovison L, Battaglia MA, Bologna B, Bussi R, Caielli L, Dal Zio M, Degan E, Denes F, Ferrara E, Formentin E, Gazzoli R, Mattiazzo P, Menegus E, Murgia V, Perri V, Schievano P, Sidran MP, Verri V, Zuccolo ML, Gastaldo C, Geremia V, Liotti G.

Le norme ISO fanno cilecca

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 15

Finalmente nascono perplessità sull'utilizzazione delle norme ISO 9.000 per l'accreditamento in Sanità. Due convegni nella seconda metà del 1999 hanno cominciato a spargere salutare pessimismo su questo "affaire".

Malgrado il generale consenso, derivante dal "trend" ideologico dominante del "mercato in sanità" abbiamo sempre avuto molte perplessità sull'applicabilità delle norme ISO (International Organization for Standardization) 9.000 per la certificazione di qualità ai sistemi di assistenza sanitaria e sociale. Lo abbiamo scritto più volte su questa rivista e sul volumetto dedicato dall'ACP all'assistenza sanitaria in età evolutiva. I motivi di perplessità riguardavano la possibilità di applicare ai sistemi sanitari criteri valutativi nati per la produzione industriale. Del resto il significato delle ISO era più che altro teso ad instaurare un sistema controllato per evitare che durante la produzione si verificassero rischi che potessero mettere a repentaglio la qualità; dunque i sistemi ISO, essendo orientati sulla qualità organizzativa e non sulla qualità professionale, erano forse applicabili ai sistemi di produzione (come i laboratori) o di transito commerciale (come le farmacie), ma più difficilmente applicabili ai sistemi dove l'oggetto della "produzione" è il miglioramento della salute individuale; vi è cioè un risultato finale da valutare immediatamente e/o a distanza di tempo.

Ci è sempre risultato difficile stabilire un'analogia fra "utilizzatore come consumatore-acquirente" e "utilizzatore perché portatore di diritti di cittadinanza" (che sono inesistenti nel mercato). Senza contare l'obbligo per l'azienda produttrice di prestazioni sanitarie di mantenere criteri d'equità sconosciuti al mercato; della quale equità, poi, devono essere garanti gli stessi consumatori in quanto rappresentati negli organi di programmazione dei servizi (conferenza dei sindaci). Inoltre la frantumazione dei controlli di qualità, propria delle norme ISO applicate ai singoli servizi, impedisce una valutazione generale di qualità dell'assistenza alla persona (*Prospettive sociali e sanitarie 1999;19:1*). Già nel 1996, cioè prima che diventassero di moda in Italia e attorno ad esse si sviluppasse un lucroso commercio di tutor che hanno percorso in lungo ed in largo la penisola, un grosso gruppo di associazioni mediche e di compagnie di assicurazione tedesche ne aveva dichiarato la "totale inappropriatezza" nel campo sanitario. Neppure l'International Society for Quality in Healthcare (ISQua) si era dimostrata così convinta della loro bontà. La Regione Friuli Venezia Giulia, poi, ha dato su di esse un giudizio di "non praticabilità in campo sanitario".

Quanto al costo della certificazione secondo le norme ISO i certificatori chiedono, come rimborso della loro attività, cifre così variabili (da 20 milioni

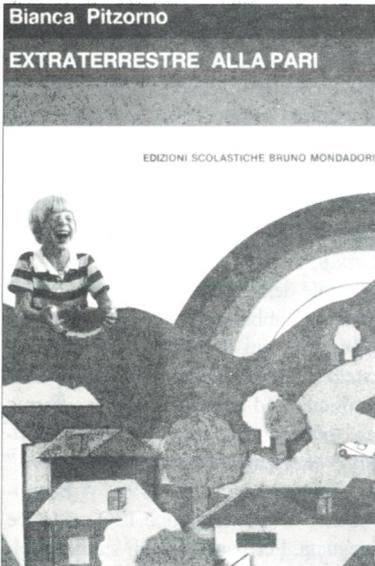
a 390 milioni per posto letto) da suggerire un sano pessimismo sulla validità dei processi applicati. Vi sono stati, in giugno e luglio 1999, due convegni: uno a Camogli, a cura dell'Accademia Nazionale di Medicina, un secondo a Barcellona, su *"Improving Health Care Through Accreditation"* in cui si è fatto anche un primo bilancio dei risultati ottenuti dai sistemi di misura della qualità con le prime conclusioni del progetto ExPeRT (*External Peer Review Techniques Group*) svoltosi in sede UE. A Camogli il Direttore generale dell'Agenzia Regionale dell'Emilia Romagna, che abbiamo sentito al congresso della SIP di Montecatini nel 1997 sostenere con vigore l'efficacia e l'applicabilità delle norme ISO 9.000, ha cominciato ad avere dei dubbi: afferma che il sistema *"più che procurare vantaggi procurerà problemi e ulteriori onerose complicazioni"* (*Sole 24 Ore - Sanità 20-26 luglio 1999*). A Barcellona è emerso che la certificazione ISO potrebbe non essere adeguata. Per parte loro gli studiosi dell'ExPeRT hanno definito le norme *"poco sensibili alle necessità dell'assistenza sanitaria"*. Sembra emergere dunque un ritorno a quella valutazione "professionale" (invece della valutazione ispezionistica) che esprime la qualità sostanzialmente coi sistemi di valutazione dei processi (linee guida) ed attraverso le attività di incontro fra pari; tutte cose che confinano con il problema della formazione e dei crediti sul quale l'ACP ha elaborato un suo documento. Il problema riguarda il "controllo" esterno (che resterebbe comunque volontario) e lo status dei controllori che devono valutare sia strutture che persone o gruppi, specie per l'attività professionale dei singoli operatori come i medici ed i pediatri di base. Questi controllori nel modello di accreditamento USA che è tipicamente professionale (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*) appartengono comunque al mondo sanitario, al contrario dei verificatori ISO 9.000, e sono rappresentati da medici, nurse e amministratori di strutture sanitarie, selezionati in base all'esperienza maturata, che svolgono revisione sulla documentazione fornita, sull'esistenza di processi controllati, sugli esiti delle cure, parlano col personale e con le famiglie di persone già trattate dalla struttura. Chi sono e come sono formati e da chi potrebbero dipendere questi verificatori? Un progetto su queste caratteristiche è allo studio a cura dell'ISQua. In Friuli Venezia Giulia, dove il modello professionale è stato scelto definitivamente, la formazione di questi valutatori sarà fatta dall'Agenzia Sanitaria Regionale. ■

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

Occasioni per una buona lettura

Le recensioni del mese

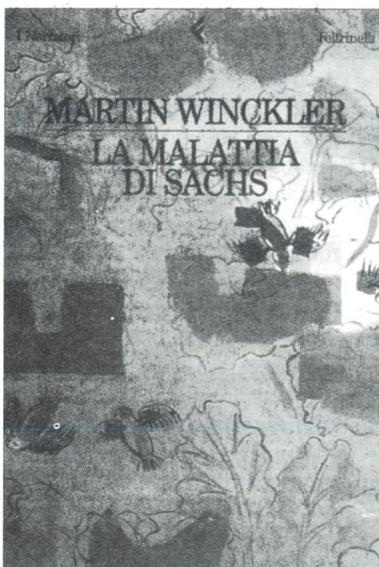
Rubrica redazionale



Pubblicato per la prima volta nel 1979, in una elegante edizione con copertina rigida, questo libro della Pitzorno è ancora oggi provocatorio nonostante l'edizione scolastica con inserti e schede. Gli extraterrestri della Pitzorno hanno un particolare interessante: sviluppano i caratteri sessuali solo nell'adolescenza per cui, negli straordinari anni dell'infanzia, non hanno una identità di genere ma sono semplicemente soggetti in formazione, in crescita. In vacanza sulla Terra Mo, protagonista della storia, disorienta i terrestri che non sanno rapportarsi ad un individuo di cui ignorano il sesso. Da questa situazione nascono prevedibili problemi, situazioni divertenti e considerazioni stimolanti. Un libro che insegnanti e genitori dovrebbero leggere perché sottolinea pregiudizi e stereotipi che resistono anche nel 2000 e impone riflessioni intorno a modalità educative che producono sottili ma persistenti discriminazioni sessuali. È un libro da leggere ad alta voce: letto in classe, ad alunni di 8-10 anni, diventa occasione per riflettere con allegria sugli aspetti biologici personali e sociali determinanti nella formazione degli individui. Per i genitori di oggi, cresciuti in un'atmosfera in cui l'emancipazione femminile risulta dato acquisito, significa guardare al proprio ruolo attraverso l'inusuale percorso di un libro per ragazzi. Le battaglie femministe degli anni '70 hanno portato nuova consapevolezza di sé a tutte le donne: è necessario che una riflessione più pacata, ma non meno importante, continui.

Anna Grazia Giulianelli

Bianca Pitzorno *Extraterrestri alla pari* Bruno Mondadori, 1999, pp. 197, Lit. 18.000



Bruno Winckler-Sachs è un medico trentenne che apre un ambulatorio in una piccola cittadina di provincia della Francia e descrive la sua vita, che ruota intorno alla sua attività professionale. Ma non è lui il solo protagonista del libro. Attraverso le quasi cinquecento pagine ci trasmettono i loro stati d'animo anche la segretaria dell'ambulatorio, gli amici e, soprattutto, i suoi pazienti.

La scrittura diventa uno straordinario gioco di specchi dove il medico osserva ed è osservato da mamme e bambini ammalati, adolescenti anoressiche, malate immaginarie, infartuati, anziani scoagulati, malati di cancro, disturbati psichici, leucemici, ecc... Ma qui i pazienti non sono mai vittime della loro malattia, sono uomini, donne, bambini, bambine che pensano ed agiscono senza esserne condizionati.

Convivono, piuttosto, con la loro malattia e, a volte, la esibiscono per ottenere il rispetto che gli è negato. Sachs vede ed è visto da Romain che ha il mal di pancia e da Jerome che ha la tonsillite, i due bambini parlano del suo modo di visitare, di parlare, di capire, di aiutare. Bruno sente l'imperativo categorico di aiutare gli altri, anche quando questo aiutare diventa tragedia, come nel provocare l'aborto, ma soprattutto quando vuol dire togliere la sofferenza.

Divinum est sedare dolorem potrebbe essere uno dei suoi motti. Nella sua borsa non manca mai la morfina, che usa spesso e volentieri quando può evitare un dolore inutile. La notte, durante l'internato in neonatologia, deve occuparsi di un «ragnetto nato a sette mesi e mezzo... steso sulla schiena in una scatola di plastica... con un tubicino infilato in una narice che aspirava le secrezioni e un altro che gli perforava la pelle della pancia». Il dolore di quel bambino è troppo forte perché non lo veda «... mi faceva male, quel piccolo essere umano. I suoi arti erano legati con bende ai quattro angoli della scatola. Di quando in quando portava il pugno minuscolo alla bocca, piegava la testa verso di esso, la lingua succhiava lo spazio che li separava, poi, con uno sforzo sovrumano, per qual-

che secondo, riusciva a succhiarsi le falangi». Allora gli slega la mano, lo accarezza, gli parla e decide di aspirare le secrezioni «solo quando il suo respiro cominciava a gorgogliare e solo quanto bastava per liberarlo di ciò che lo intasava», senza soffocarlo ogni mezz'ora. Sachs cerca di mettersi dalla parte degli altri, di guardare e di guardarsi con i loro occhi. Non fare agli altri ciò che non vorresti fosse fatto a te stesso potrebbe essere un'altra sua massima. E questo spiega la sua ribellione continua contro un modo di intendere la professione medica come esercizio spietato del potere.

Le sue accuse sono macigni: i medici sono scellerati, tronfi di sufficienza ed incompetenza, incapaci di alleviare il dolore. Ma la sua non è l'ennesima voce dello sterminato coro che intona il *de profundis* della malasanità. È piuttosto un richiamo al medico moderno per ritornare a curare con amore, intelligenza e rispetto e non è un caso che il libro si apra con il giuramento d'Ippocrate.

Giancarlo Cerasoli

Martin Winckler *La malattia di Sachs* Feltrinelli, 1999, pp. 488, Lit. 35.000

“Caution: Highly Reactive Mix!” questa l'avvertenza all'edizione americana del libro, e continua: “Attenzione! I contenuti possono risultare inaspettatamente educativi e informativi, specialmente su pazienti che soffrono di reazioni allergiche verso la scienza, la tecnologia, l'arte, la letteratura. Si possono verificare casi di forte dipendenza dal prodotto”. Stiamo parlando de *La scienza impossibile* il meglio di AIR (*Annals of Improbable Research*), curato da Marc Abrahams promotore anche dei premi IgNobel, assegnati ogni anno alle peggiori ricerche.

La rivista AIR pubblica una selezione di ciò che la scienza produce di demenziale e assurdo, ma anche le assurdità inventate e predisposte ad arte per gli Annali, con quel senso ironico e autoironico che gli scienziati raramente trasmettono al grande pubblico, ma di cui spesso sono dotati. Molti degli scienziati che hanno pubblicato su AIR, prima di ricevere l'IgNobel, avevano vinto il premio Nobel (quello vero).

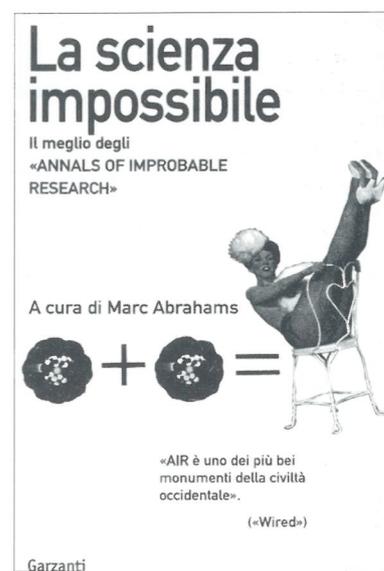
Il libro è diviso in più sezioni. Astronomia, fisica e alimentazione: contengono studi sull'aerodinamica della patatina, la fusione laser del formaggio, gli effetti del burro di arachidi sulla rotazione terrestre. Chimica: descrive tra l'altro un'analisi comparativa tra mele e arance, un'interpretazione quantistica del Q.I. Biologia e medicina: riporta studi sul granchio triste del Sudafrica, la differente longevità della capra sotto e sopra la panca, gli effetti del bacino sulla bua. Una “Guida alla didattica” (il cui principio è che “Al naturale i bambini sono bravi scienziati. Conservateli tali e quali”) e alcuni consigli su “Come scrivere un articolo scientifico” (linea-guida del Gruppo Scienza e ricerca dell'ACP!) inaugurano le due sezioni su *Educazione (scientifica e non)* e *Ricerche irrefrenabili*. Un capitolo è dedicato a tutti gli scienziati insigniti del premio IgNobel e a una serie di interviste a veri Nobel. A loro - per mostrare che anche lo scienziato ha un lato umano - vengono poste con tutta serietà domande, del tipo: «Quanti cretini e imbroglioni hanno influenzato la sua formazione? Qual è il suo segreto per restare sveglio durante una conferenza moscia? Qual è il numero ottimale di patatine per ogni bicchiere di birra?». Il Nobel per la Chimica, Sidney Altman, a quest'ultima domanda risponde: “Tipica domanda da non-scienziato, che non tiene conto alcuno delle osservazioni quantitative e delle questioni di scala. Di che bicchieri stiamo parlando? Di quale misura? Che ne è delle dimensioni delle patatine? E della loro densità?”

Un supplemento della rivista potrebbe essere *HotAIR* (aria fritta)!

Ma potremmo cimentarci anche noi pediatri e fondare l'*AIRP* (Annals of Improbable Research in Pediatrics): le iscrizioni sono aperte. Per cominciare, conservo una pubblicazione di fior (si fa per dire!) di cattedratico di Pediatria in cui viene analizzata la crescita ponderale di due gruppi di lattanti alimentati con latte in polvere (lo stesso) diluito in un gruppo con acqua naturale e nell'altro con un'acqua minerale; con grafici ed istogrammi, si dimostra che i lattanti che utilizzano l'acqua minerale (a parità di tutte le altre condizioni!) crescono meglio! Buon divertimento!!

Nicola D'Andrea

Marc Abrahams *La scienza impossibile* Garzanti, 1999, pp. 380, Lit. 32.000



I progenitori dei consultori a Firenze all'inizio del '900

Patrizia Guarnieri

Centro fiorentino di Storia e Filosofia della Scienza

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 18-19

I primi consultori furono creati a Firenze nel primo '900 da volontari ostetrici e pediatri, fra carità e medicina, ma forte vocazione sociale ed educativa. Scopo primario era favorire l'allattamento materno per combattere la mortalità infantile e l'abbandono nei ceti più poveri.

Nella lunga tradizione della carità ai poveri particolare attenzione, intesa come virtuosa generosità dei ricchi, è stata rivolta a madri e figli appena nati. Che le puerpere povere considerassero “un diritto ciò che era solo un favore” non era concesso dalle dame benefattrici della Société de Charité Maternelle fondata a Parigi nel 1788, ed imitata anche a Firenze all'inizio dell'800 (1). Ma il passaggio dalla carità all'assistenza sanitaria verso la maternità e la prima infanzia non si attua solo per l'intervento dello Stato, sollecitato dall'emergenza bellica, e poi durante il fascismo con l'ONMI, come viene in genere sostenuto. Già nel primo decennio del '900 è l'opera volontaria di alcuni pediatri che in Italia avvia questo decisivo cambiamento: nei quartieri più popolari dei centri urbani si organizzano dei pionieristici consultori per le madri e i lattanti; in pochi anni si forma una rete di servizi sul territorio che poi verrà istituzionalizzata e modificata. La presente ricerca riguarda la nascita tra il 1900 e il 1918 degli Aiuti e degli Asili Materni a Firenze, dove aveva sede il quattrocentesco Brefotrofio S. Maria degli Innocenti e dove - come a Padova - si era inaugurato il primo insegnamento universitario di pediatria nel 1882 e uno dei primi ospedali per bambini, il Meyer, funzionante dal 1891. Qui la scuola di Giuseppe Mya e di Carlo Comba riscuoteva prestigio grazie anche alla “Rivista di clinica pediatrica” fondata nel 1903. Proprio a Firenze sorse il primo Aiuto Materno in Italia, sull'esempio delle consultazioni per lattanti aperte a Parigi tra il 1892 e il 1895. Lo istituì il 23 marzo 1900 Ernesto Pestalozza, direttore della Clinica ostetrica e della Maternità, che ne assunse l'organizzazione e la direzione sanitaria. Pestalozza affidò il compito di provvedere all'aspetto finanziario dell'Aiuto ad un comitato di signore da anni impegnate a confezionare

corredini per i neonati poveri. A queste lasciò svolgere inoltre un'opera di supporto alle madri, con consigli e visite, secondo l'indirizzo da lui fissato. Responsabile dal 1894 della Maternità, dove andavano a partorire le gestanti povere e con problemi di salute o le nubili, Pestalozza vedeva che la maggioranza di queste madri disagiate non allattava il figlio, o addirittura lo abbandonava agli Innocenti, da cui la stessa Maternità era stata fondata e che al brefotrofio rimaneva collegata da una porta, tanto consueto e “naturale” era il passaggio dalla nascita all'esposizione. Da anni dunque egli vedeva nascere bambini candidati ad ammalarsi e anche a morire nel primo anno di vita, perché destinati all'abbandono o al baliatico da cui era risaputo dipendesse il più alto tasso di mortalità infantile.

L'assistenza pubblica prevedeva un intervento solo per gli illegittimi portati al brefotrofio e un sussidio finanziario per i legittimi poveri le cui madri presentassero un certificato di “impotenza ad allattare”, sbrigativamente rilasciato dal medico condotto. Ma era un contributo insufficiente a pagare una buona balia e spesso finiva impiegato per sostenere il resto della famiglia.

Il funzionamento degli Aiuti e degli Asili

Qualcosa doveva essere fatto per prevenire e spezzare questo circolo, spesso mantenuto dall'assistenzialismo pubblico. Pestalozza incominciò dai meno assistiti, i nati da unioni legalizzate. Spiegò lucidamente in più occasioni che le madri non volevano e non potevano allattare perché pressate dalla miseria e dal bisogno di lavorare ed occuparsi di altri figli (2). Il rimedio dunque doveva essere concreto: non sussidi economici senza controllo ma buoni pasto ed alimenti alla madre, latte sterilizzato in boccette distribuito quotidianamente per garantire un allatta-

mento misto ed eventualmente artificiale sicuro, controllo regolare della crescita del bambino. La madre era obbligata a portarlo una volta la settimana, pena la perdita dell'assistenza, dal medico dell'Aiuto che l'avrebbe visitato e pesato, registrandone la crescita ed altre osservazioni sull'apposita cartella. Così fin quando il bambino non avesse compiuto l'anno. L'esempio di questo primo Aiuto, che Pestalozza e il suo assistente Cova lasciarono nel 1906 per trasferirsi a Roma e di cui assunsero la direzione Giuseppe Mya e poi Umberto Franchetti della Clinica pediatrica, fu imitato nel giro di pochi anni. Altri ne sorsero per i vari quartieri della città sotto la responsabilità dei pediatri: in Santa Croce, a Porta Prato, in San Frediano, in San Giovanni e per il quartiere di San Gallo direttamente dentro l'ospedalino Meyer.

Nel 1917 si costituì la Federazione degli Aiuti Materni, con presidente Carlo Comba. L'allora direttore della Clinica pediatrica fiorentina ottenne che il Comune sussidiasse le madri povere coniugate non più con denaro ma associandole agli Aiuti di quartiere, il cui numero venne ancora aumentando.

L'Aiuto istituito nel 1918 dallo Spedale S. Maria degl'Innocenti (il secondo brefotrofia in Italia ad avviare questo servizio) si occupava anche degli illegittimi riconosciuti dalle madri. Con lo stratagemma di assumerle come balie venivano pagate e assistite affidando loro i figli che in buona percentuale finivano per tenere con sé anziché abbandonarli. E sempre per aiutare le madri nubili, in un'ottica di prevenzione dell'abbandono e della mortalità infantile, sorsero anche gli Asili materni. Il primo prese a funzionare nel novembre 1910 in un quartiere popolare a nord della città, ancora per iniziativa privata e sotto

la responsabilità di un medico, l'igienista Giorgio Roster (3). Destinato ad accogliere le donne non solo per il parto, come avveniva alla Maternità, ma dal quinto mese di gravidanza, le assisteva poi per il primo anno di vita del bambino. La stessa attività sarebbe stata ripresa direttamente dal S. Maria degl'Innocenti che con simili criteri l'1 dicembre 1918 varò la Casa di Maternità per le gravide occulte, cui si chiedeva l'impegno che allattassero e comunque allevassero il figlio (4).

Tanto gli Aiuti quanto gli Asili funzionavano come centri di consultazione e prevenzione pediatrica; fornivano supporto materiale in alimenti, corredo e medicine, ma anche sostegno ed educazione di base contro l'ignoranza e i pregiudizi. Esercitavano un controllo continuativo sulla salute sia del bambino sia della madre e sui suoi comportamenti di cura.



I risultati

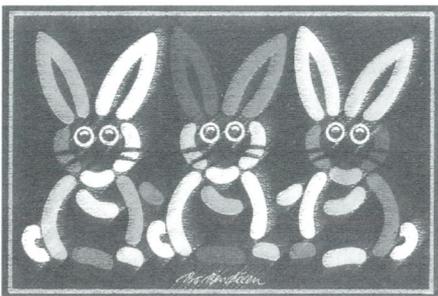
Gli esiti vantati dai responsabili sanitari nelle pubblicazioni ci risultano confermati dai registri di ammissione e dalle cartelle sanitarie degli assistiti di alcuni Aiuti, conservate presso gli archivi storici. I risultati più rilevanti riguardano la diminuzione degli abbandoni e l'incremento dei riconoscimenti da parte materna per gli illegittimi e in generale l'aumento dell'allattamento materno e misto, con conseguente declino del tasso di mortalità infantile rispetto all'allattamento mercenario sia privato sia dipendente dal brefotrofia. Carlo Comba dichiarava che tra gli assistiti di quattro Aiuti fiorentini la mortalità oscillava tra il 4,2% e il 5,6% in un anno difficile come il 1918, mentre la media del Comune nello stesso periodo saliva al 23% (5). In sei anni di attività, fino al 1916, l'Asilo di Roster per le gestanti nubili aveva visto nascere 102 neonati, uno solo dei quali rifiutato dalla

madre, mentre dei 350 illegittimi nati in Maternità solo 185 erano stati riconosciuti e di questi 36 erano comunque andati agli Innocenti (6).

Non è un caso che i fautori degli Aiuti e degli Asili Materni fossero medici che lavoravano in Maternità, nel brefotrofia - dove la mortalità rimaneva altissima - e nei primi ospedali per bambini. Proprio la loro esperienza nelle istituzioni dell'abbandono e del bisogno li aveva spinti ad affrontare il problema primario dell'assistenza alla prima infanzia a partire dall'assistenza alle madri (7). Il loro proposito dunque, proprio davanti alle donne più svantaggiate e alle più fragili che addirittura rifiutavano la maternità, era di aiutare ciascuna a diventare una buona madre: capace di riconoscere, possibilmente di allattare, comunque di allevare e curare il proprio bambino. L'uno e l'altra, subito dopo il parto o ancora prima, erano assunti dichiaratamente da questi pediatri ad "unico oggetto delle nostre premure". ■

Bibliografia

- (1) Woolf S. The Société de Charité Maternelle 1788-1815 in J. Barry and C. Jones (eds.) *Medicine and Charity Before the Welfare State*, London and New York 1991;98
- (2) Pestalozza E. Dei modi migliori per tutelare l'allattamento materno nelle classi povere, *Atti del Terzo congresso nazionale per l'igiene dell'allattamento Messina 1909*;228-47
- (3) *Asilo Materno Statuto*, Firenze 1910 e *Relazione letta all'Assemblea generale dell'Asilo Materno*, Firenze 1911
- (4) *Spedale R. di S. Maria degl'Innocenti Regolamento della Casa di Maternità*, Firenze 1918
- (5) *Congregazione di Carità del Comune di Firenze Funzionamento degli Aiuti Materni per l'anno 1918*
- (6) *Relazione dell'Asilo Materno anno 1916*, Firenze 1917.
- (7) P. Guarnieri *E la mamma dov'è? Medici donne e bambini nell'Ottocento* *Popolazione e Storia 2000; Bollettino di Demografia storica 1999*;1:30





Malati immaginari

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 20-21

Jerome K. Jerome

Questa rubrica, curata da Franco Dessì, riporta pagine di Scrittori più o meno famosi dedicate ai medici.

L'ironia è di solito alla base delle pagine che Franco Dessì ha scelto per noi.

Il testo di questo numero è tratto da "Tre uomini in barca (per tacere del cane)" di Jerome K. Jerome Milano, Mursia, 1989.

Ricordo che un giorno andai al Museo Britannico per leggere la cura di una lieve indisposizione di cui avevo cominciato a soffrire - mi pare che fosse febbre da fieno - presi il libro e lessi tutto quello che arrivai a leggere; poi, distrattamente, mi misi a voltare le pagine piano piano e cominciai a studiare apaticamente le malattie in generale. Dimentico, ora, quale fu la prima infermità in cui mi ingolfai, ma certo era un flagello distruttore e prima ancora che avessi dato un'occhiata alla metà dell'elenco dei sintomi premonitori c'era in me la certezza assoluta che, ovviamente, avevo la malattia.

Rimasi per un momento agghiacciato dall'orrore, poi con la noncuranza della disperazione continuai a sfogliare le pagine. Arrivai alla febbre tifoidea, ne lessi i sintomi e scoprii che avevo la febbre tifoidea, che me la portavo addosso da mesi senza accorgermene. Pensai a che altro ancora avessi; arrivato al Ballo di San Vito trovai - naturalmente me lo aspettavo - che avevo anche quello; e cominciando ad interessarmi al mio caso decisi di scrutarmi fino in fondo e quindi ripresi la lettura in ordine alfabetico. Lessi: brividi di febbre intermittente, e seppi che ne soffrivo e che la crisi acuta sarebbe cominciata tra una quindicina di giorni. In quanto a Bright e alla sua malattia del rene, rimasi consolato scoprendo che l'avevo solo in una forma di sottospecie e che, quanto a lei, mi avrebbe fatto vivere per anni. Il colera ce lo avevo e con gravi complicazioni, con la difterite sembrava che ci fossi nato. Mi sprofondai coscienziosamente in tutte e venticinque le lettere e arrivai alla conclusione che l'unica malattia da cui ero esente era l'idrartro del ginocchio.

Questa scoperta al primo momento mi lasciò piuttosto deluso, mi parve come un affronto. Perché mai non avevo l'idrartro del ginocchio? Perché questa invidiosa menomazio-

ne? Ma dopo un po', grazie a Dio, prevalsero sentimenti meno egoistici. Ebbi così la possibilità di riflettere che avevo tutte le altre malattie conosciute dalla farmacologia e così mi sentii meno esigente e decisi di far a meno dell'idrartro del ginocchio. La gotta, sembrava che mi avesse ghermito nella forma più maligna senza che ne avessi coscienza; in quanto alle fermentazioni per zimosi evidentemente ne soffrivo dalla fanciullezza. Dopo la zimosi non c'erano altre malattie e così conclusi che non avevo altro.

Ed allora mi misi a meditare. Pensai... che caso interessante devo essere io dal punto di vista clinico; che pacchia per una scuola! Gli studenti, avendo me, non avevano più bisogno di far il giro per gli ospedali. L'ospedale ero io; sarebbe bastato fare un giro intorno a me e poi potevano prendersi la laurea.

Pensai a quanto tempo ancora mi rimanesse da vivere. Tentai di esaminarmi. Mi tastai il polso. In principio non lo trovai, ma poi sembrò che cominciasse a battere tutto di un colpo. Tirai fuori l'orologio e contai. Andava a cento e quarantacinque pulsazioni al minuto. Cercai di sentirmi il cuore. Ma il mio cuore non lo trovai. Non batteva più. Ero sempre stato dell'opinione che doveva esserci, e aver pulsato; quindi non mi potevo render conto di che cosa era accaduto. Mi detti dei colpettini su tutto il davanti, da quella che io chiamo la mia vita fino alla testa ed un po' attorno da ciascun lato e un po' sulle spalle. Ma non riuscivo a tastare né a sentire nulla. Cercai di guardarmi la lingua. La cacciai fuori per quanto fu possibile, chiusi un occhio e cercai di esaminarla con l'altro. Non riuscivo a vedere che la punta e l'unica cosa che ci guadagnai fu di esser certo più di prima che avevo la scarlattina.

Quando ero entrato in quella sala di lettura ero un uomo sano e felice. Quando ne uscii ero un decrepito relitto umano.



E mi recai dal mio medico. È un vecchio amicone e tutte le volte che vado da lui perché credo di essere ammalato, egli mi tasta il polso, mi guarda la lingua, parla del tempo che fa, e non mi dà nessuna importanza; andandoci ora, però, pensavo tra me che lo avrei messo a terra. Dicevo: - i medici hanno bisogno di pratica. Egli avrà me. Farà più pratica con il mio corpo che con quelli di mille e settecento di quegli ammalati comuni, trascurabili, che non hanno che una o due malattie ciascuno -. Andai dritto dritto da lui, lo trovai in casa e lui disse:

- Be'! Che cos'hai?

Io dissi:

- Caro mio, non starò a rubar il tuo tempo con la narrazione di tutto quello che ho. La vita è breve e, probabilmente, prima che io finissi tu saresti già all'altro mondo. Ma ti dirò quello che *non* ho. Non ho l'idrartro del ginocchio. Perché proprio non abbia anche l'idrartro del ginocchio non lo capisco, ma il fatto è che non ce l'ho. Però, qualsiasi altra cosa, io ce l'ho.

E gli raccontai come ero arrivato a scoprire il vero.

Ed allora egli mi sbottonò e si mise ad osservarmi, mi afferrò il polso e mi colpì il petto mentre non me lo aspettavo - è cosa veramente da vigliacco, dissi io - e subito dopo cominciò a darmi testate col viso per appoggiare l'orecchio al mio petto. Dopo di che si accomodò e scrisse una ricetta, la piegò e me la porse. Io me la misi in tasca ed uscii.

Non la lessi. Andai dal primo farmacista e gliela diedi. Il buon uomo la lesse e me la porse indietro.

Disse che non poteva servirmi.

Io dissi:

- Ma non è un farmacista, lei?

Lui disse:

- Sono un farmacista. Se fossi una combinazione di una cooperativa di consumo con un albergo familiare potrei servirla. Ma il fatto di essere soltanto un farmacista me lo rende impossibile.

Lessi la ricetta. Eccola:

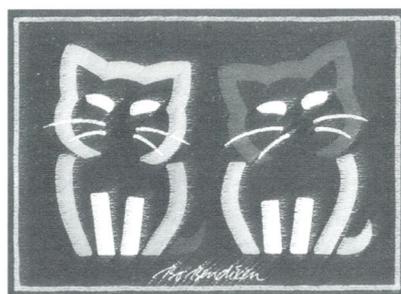
una libbra di bistecca, con una bottiglia di birra, ogni 6 ore una passeggiata di dieci miglia ogni mattina. Andare a letto alle undici in punto tutte le sere. E non ti riempire la testa con cose che non capisci

Seguì la prescrizione con il felice risultato che, a dire il vero, la mia vita fu preservata e ancora va...

Nella presente contingenza, per tornare alla propaganda per le pillole per il fegato, non c'era possibilità di sbagliarsi: i sintomi io li avevo ed il principale di essi era una certa allergia per qualsiasi specie di lavoro.

Nessuna lingua poteva dire quanto soffrivo per questo fatto. È dall'infanzia che sono vittima di questa allergia. Da ragazzo, poi, la malattia non mi abbandonava neanche per una sola giornata. A casa non capivano, allora, che era colpa del fegato. La medicina era molto lontana dal progresso di ora, e i miei confondevano la malattia con la pigrizia.

- Si può sapere, scansafatiche che altro non sei, perché non ti muovi, non fai qualcosa per procacciarti da vivere? Ma



non sei capace?

- E non sapevano, è chiaro, che ero ammalato.

E, invece di pillole, erano sganassoni. Eppure, per quanto possa sembrar strano, quegli sganassoni riuscivano a guarirmi, almeno per il momento. Imparai così che uno sganassone mi curava meglio il fegato e mi disponeva a filar dritto e a far quello che mi dicevano di fare senza perder tempo più di quanto non me lo curi oggi una scatola intera di pillole.

Ma lo sapete bene che spesso è così. Quei rimedi antiquati sono a volte più efficaci di tutte le specialità farmaceutiche.

Per un'altra mezz'ora ci descrivemmo l'un l'altro le nostre malattie. Io spiegai a George e a William Harris come mi sentivo alzandomi al mattino; William Harris ci descrisse quello che si sentiva quando andava a letto e George, disteso sul tappeto davanti al caminetto, si esibì in una pantomima incisiva ed impressionante per

illustrarci come passava la notte.

George è un malato immaginario, credete pure, non ha mai nulla.

In quel momento la signora Poppets picchiò alla porta e ci chiese se eravamo pronti per il pranzo. Ci scambiammo un triste sorriso l'un l'altro e convenimmo che forse era meglio tentare di mandar giù un boccone. Harris disse che qualche briciolina nello stomaco della gente spesso tiene in scacco la malattia. La signora Poppets portò il vassoio e noi ci accostammo al tavolo e sbocconcellammo una bisteccina con cipolle e un po' di torta al rabarbaro.

Dovevo esser davvero molto indebolito, allora, perché dopo poco meno di mezz'oretta, mi parve di non aver più nessuna voglia di cibi - caso insolito in me - e rifiutai il formaggio.

Assolto questo compito, riempiamo di nuovo i bicchieri, accendemmo le pipe e riprendemmo la conferenza sullo stato della nostra salute. Cosa fosse quello che effettivamente avevamo nessuno di noi era in grado di poterlo dire con certezza ma l'opinione generale era che, fosse quello che fosse, tutto era effetto dell'eccesso di lavoro.

- Noi abbiamo bisogno di riposo, - disse Harris.

- Riposo ed evasione, - disse George. Lo sforzo che abbiamo imposto ai nostri nervi ha generato una depressione completa di tutto l'organismo. Evasione, affrancamento dal dover pensare..., ecco quello che ci ristabilirà l'equilibrio mentale. George ha un cugino a carico, di professione eterno studente di medicina fuori corso, e perciò, nell'esprimere le cose, il nostro amico ha un certo che del medico di casa.

Fui d'accordo con George e suggerii che scopriremmo qualche posticino all'antica, lontano dalla gazzarra delle folle e lì cercassimo di passare una settimana al sole, tra i sentieri assonnati - un cantuccio mezzo dimenticato, come se fosse stato nascosto dalle fate, fuori della portata del mondo fragoroso - una specie di nido, incastrato lassù, sulle scogliere del Tempo, dove il diciannovesimo secolo non avrebbe potuto far arrivare che un sussurro, un'eco lontana lontana delle sue onde tempestose. ■

Il Duce contro i vaccini

Molti di noi hanno sentito parlare, e *Quaderni acp* ne ha scritto, di Massimo Montinari: l'uomo contro i vaccini.

In un servizio dalla Puglia, Gian Antonio Stella, su il *"Corriere della Sera"* del 4 giugno a pag. 13, così scrive: «si chiama Associazione Bambino e dichiara 25.000 aderenti in tutta Italia e, come spiega il presidente Massimo Montinari, *"si distingue nettamente dal Tribunale del malato perché quelli lì sono legati ai partiti e noi no"*. Infatti, seguita Gian Antonio Stella, oltre a manifesti affissi ai muri e decine di volantini che invitano a votare per Pino Monaco (AN), Gaetano Guaccero (AN), Pasquale Valerio (AN) ed il Sindaco Simeone di Cagno Abbrescia (AN), nella sede nazionale del movimento "apolitico" campeggiano solo ritratti di Vittorio Emanuele ed una poesiola dedicata al Duce:

*Caro Benito, eri un puzzone,
ma le cose andavano benone».*

Salvo che il Duce faceva vaccinare ed obbligatoriamente.

Dal *"Corriere della Sera"* dello stesso giorno impariamo che un altro candidato è sostenuto dal dr. Montinari: il pretore Madaro, gran sostenitore della terapia Di Bella. Il professore di Modena non è però stato capace di farlo eleggere né a Straburgo, né nella più modesta Lecce. L'Italia dovrà utilizzarlo solo come pretore.

g.c. b.

Il Marcelletti dal privato se ne va

Il dott. Carlo Marcelletti era primario di cardiocirurgia al Bambino Gesù: quasi pubblico. Poi è passato all'Hesperia Hospital di Modena: tutto privato. Lo abbiamo ascoltato anche in TV, da Gad Lerner, ed anche in congressi, affermare che la sua scelta del privato era stata giusta, remunerativa, soddisfacente ed azzeccata; egli ne era soddisfatto. Ora invece sostiene (*Corriere della Sera 25 novembre 1999*) che a Modena *"non trova una vera stabilità progettuale"*, *"non è com-*

patibile con il territorio" perché la Regione Emilia-Romagna fa operare i bambini nelle sue Unità di cardiocirurgia pediatrica (che sono eccellenti), che la gestione della sede in cui opera è *"notevolmente appiattita sulle esigenze di bilancio"*. Ora Marcelletti ha vinto un concorso presso l'Ospedale Civico di Palermo e dice di essere ansioso di andare nella nuova sede dove potrà operare 400 bambini per anno. Siamo in attesa delle prossime dichiarazioni.

g.c. b.

L'associazione Majno: una ONLUS per i bambini

L'Associazione Luigi ed Ersilia Majno è una ONLUS di Milano (via Egadi 7, 20144 Milano) che opera nel campo dell'assistenza ai bambini. Nel 1999 ha soddisfatto richieste dell'AVSI, dell'Associazione Neonati ad Alto Rischio, della Fondazione Hollman per i bambini con deficit visivo, della Nuova ANSIE, di Mani Tese, di alcuni reparti di pediatria. Stampa un giornale che ha per titolo *"Tu ed i bambini"* e che nel suo ultimo numero pubblica una novella inedita di Enzo Biagi, una serie di manifesti contro la pedofilia ed una foto inedita di un bambino ripreso da Henri Cartier-Bresson.

g.c. b.

Mettiamo l'ossido nitrico nel latte formulato?

Nei numeri scorsi di *Quaderni acp* abbiamo discusso i tentativi delle ditte produttrici di latti per inseguire la composizione chimica del latte materno: $\omega 3$, $\omega 6$, polinsaturi, nucleotidi, ecc. Si apre una nuova era: quella dell'ossido nitrico. Infatti in una ricerca pubblicata su *Acta Paediatrica (1999;88:1053)* si dimostra che la produzione dei precursori dell'ossido nitrico è assai più alta nello stomaco dei bambini allattati al seno rispetto a quelli allattati artificialmente. L'ossido nitrico ha nume-

rose funzioni fisiologiche messe in evidenza negli ultimi anni: rilassamento dei muscoli lisci, riduzione dell'ipertensione polmonare, comunicazione cellulare intracerebrale, difesa da germi patogeni, adesione dei neutrofili. Si apre una nuova contesa fra produttori? Vi terremo informati.

g.c. b.

La diseguale distribuzione del sapere

Nella tabella sono indicati in valore percentuale i titoli di studio ottenuti e le dispersioni scolastiche nei vari tempi della scolarizzazione da cento ragazzi italiani (anni 1995-1996, *Fonte ISTAT*).

Come si vede il numero dei dispersi supera nettamente il numero di coloro che hanno conseguito un titolo di studio.

Dispersi prima del diploma di 3° media	4.7%
Usciti con diploma di 3° media	7.9%
Dispersi dopo uno o due anni di scuola superiore	22.1%
Usciti con diploma di scuola superiore	20.6%
Dispersi dopo l'iscrizione all'università	30.9%
Usciti con laurea	13.8%
Totale diplomati o laureati	42.3%
Totale dispersi	57.7%

g.c. b.

Di Bella inefficace: un'altra prova

Cancer (1999;86:2143) pubblica ulteriori dati sulla cura Di Bella. Sopravvivenza a 5 anni in pazienti di età superiore a 14 anni: 21% del gruppo Di Bella vs. 49% del gruppo di controllo ($p=0.0001$). Leucemie infantili: 21% vs. 70% ($p=0.0001$). Paolo Calabresi dell'Università di Providence si è congratolato con le Istituzioni

italiane che sono riuscite a dimostrare in meno di un anno l'inefficacia della terapia che aveva mosso le piazze (*Lancet* 1999;354:1883).

g.c. b.

Ancora sulla celiachia

Pediatri italiani delle Università di Firenze e Pisa hanno segnalato con una lettera a *The Lancet* (1999;353:1189) l'alta prevalenza di celiachia tra i bambini del popolo del Saharawi dei campi profughi a Sud Ovest del deserto algerino del Sahara. Dei 150 bambini esaminati 54 avevano diarrea cronica ed erano malnutriti; gli EMA sono risultati positivi in 22; non è stata fatta la biopsia. Gli autori invitano gli operatori sanitari che lavorano in questo settore a considerare, oltre la malnutrizione e le infezioni, anche la celiachia come causa di scarsa crescita.

L'alta prevalenza di celiachia tra i bambini del popolo del Saharawi è confermata da un'altra segnalazione ancora di ricercatori italiani (*Catassi e coll. Lancet* 1999;354:647). I risultati sono impressionanti: la prevalenza ritrovata, stimata su 989 bambini, è del 5.6% (ricordiamo che la più alta finora segnalata era quella dell'Irlanda del Nord con l'1% circa). Suggestiva l'ipotesi che gli autori propongono per spiegare il fenomeno: gli enterociti del celiaco sono meno differenziati con un conseguente minor numero di recettori di membrana, essenziali per l'adesione dei microrganismi; l'enteropatia darebbe un vantaggio selettivo agli individui affetti proteggendoli dalle infezioni intestinali, come colera e giardiasi.

s. c.n.

Malattie minori e povertà

La povertà, come già sappiamo, fa aumentare nei bambini la mortalità, i problemi di accrescimento e l'abuso. Uno studio di popolazione inglese su 8.501 bambini ci fa sapere che, almeno da 0 a sei mesi, con la povertà aumenta anche il rischio di asma e diarrea. Conferma inoltre i rischi legati al fumo e i vantaggi dell'allattamento al seno che, indubbiamente,

riduce ma non elimina le differenze con i bambini ricchi (*Journal of Epidemiology and Community Health* 1999;52:451).

l. p.

Pecore e Hp

Ricercatori italiani e statunitensi hanno ritrovato una prevalenza di *Helicobacter pylori* del 98% in pastori sardi asintomatici, significativamente più alta (OR 78.8) che nei controlli. L'Hp è stato ritrovato nel latte di pecora non pastorizzato e i ricercatori ipotizzano che le pecore possano rappresentare l'ospite naturale per l'Hp (*Lancet* 1999;354:132).

s. c.n.

Non mangiatevi le unghie!

È stata ritrovata una relazione significativamente positiva tra contaminazione di *Helicobacter pylori* nella lingua e nelle unghie delle mani (*J Clin Microbiol* 1999;37:245). Gli autori suggeriscono un circolo vizioso mani-bocca che potrebbe mantenere l'infezione.

s. c.n.

Piemonte: donazione di midollo osseo

La Giunta Regionale del Piemonte ha approvato il progetto sulla "Donazione di sangue e midollo osseo" indirizzato agli studenti dell'ultimo anno delle scuole secondarie superiori di tutta la Regione. L'iniziativa intende raggiungere i seguenti obiettivi:

1. fornire una corretta e completa informazione scientifica;
2. incrementare il numero dei donatori;
3. valorizzare il ruolo e le attività delle associazioni di volontariato.

Gli strumenti della campagna saranno la produzione di un audiovideo e di manifesti ma soprattutto incontri in ambito scolastico sul tema della sensibilizzazione alla donazione di sangue e midollo e sulle possibilità di aderire alle associazioni di volontariato. I medici di medicina genera-

le ed i Dipartimenti Materno-Infantili, istituiti in tutta la Regione (il Piemonte è stata la prima Regione a stabilire la loro istituzione) sono fortemente impegnati nella realizzazione degli obiettivi.

a. r.

Se il primo è pretermine...

Da uno studio epidemiologico condotto in Svezia su oltre 240.000 parti (*NEJM* 1999;341:943) si evince che il rischio di un parto very preterm (inferiore alle 32 settimane) è alto tra le donne con un precedente parto very preterm: l'odds ratio è di 12.4 (IC 9.1-17). Per il parto pretermine (da 32 a 36 settimane) il rischio è più basso, ma sempre elevato (OR 7.1; IC 6-8.4).

s. c.n.

Inquinamento elettromagnetico

La conferenza Stato-Regioni ha chiesto al governo un intervento sulla questione dell'inquinamento elettromagnetico, dato che l'OMS ha dichiarato l'inquinamento elettromagnetico uno dei quattro problemi mondiali per la salute, sottolineando che "pur in assenza di certezze inconfutabili circa la pericolosità dei campi elettromagnetici, si deve procedere all'esposizione al minimo rischio possibile ed, in situazioni di incertezza, ovviamente nella maniera più conservativa possibile". Nel 1996 la stessa OMS ha avviato un progetto internazionale per valutare effetti sanitari ed ambientali dell'esposizione (Progetto Cem). Un Disegno di legge (*DdL* 4816) è attualmente all'esame del parlamento (*Sole 24 Ore - Sanità* 23-29/11/99).

g.c. b.



USA

Pillole di storia dell'allattamento

Nel 1911 il Dipartimento di Salute di alcune città americane ordinò un poster con cui tappezzare i sobborghi delle città. Il disegno raffigurava un lungo tubo attaccato ad una mammella di vacca che finiva nella bocca di un bambino morente. Il percorso del tubo passava attraverso un pavimento sporco di letame, una polverosa linea ferroviaria ed un impianto di imbottigliamento per indicare le numerose cause di inquinamento del latte.

La didascalia diceva "qualcuno si chiede perché muoiono tanti bambini. Per fare morire meno bambini bisogna che più madri allattino. Non potete migliorare un piano divino. Per il bene dei vostri figli: Allattateli!". In quegli anni a Chicago il 15% dei bambini moriva prima dell'anno di età ed il 54% di questi moriva per disidratazione da enterite acuta. Si trattava, nella grandissima maggioranza, di bambini non allattati al seno (*J. of History of Medicine* 1998;53:219).

g.c. b.

UK

Disturbi mentali e svantaggio sociale

Un'indagine sulle condizioni di salute mentale dei bambini del Regno Unito condotta dall'Office for National Statistics evidenzia che il 10% dei bambini tra i cinque e i quindici anni ha disturbi mentali (5% comportamentali, 4% emozionali, 1% è classificato ipercinetico). Esiste una forte associazione tra la presenza di tali patologie e il reddito o la classe sociale della famiglia; il rischio è tre volte più alto nelle classi più svantaggiate. Gli autori affermano: "I bambini che appartengono a famiglie i cui genitori non hanno lavoro hanno tassi di disordini mentali del 20%. Questi bambini sono a rischio di abuso, di suicidio, di disoccupazione e di disturbi mentali nell'età adulta. Entrano in un circolo vizioso di svantag-

gi" (*The Development and Well-Being of Children and Adolescent in Great Britain*).

s. c.n.

USA

Sign your site!

Le compagnie assicurative dei medici americani hanno segnalato nel 1998 più di mille risarcimenti a pazienti operati da ortopedici nell'arto sbagliato; è un classico che si ripresenta periodicamente nella stampa italiana alimentando la campagna sulla malasanità. Proprio in Italia recentemente un ortopedico è finito sotto processo per aver sottoposto ad artroscopia la gamba sbagliata. La risposta dell'associazione degli ortopedici americani è stata molto pragmatica: "Sign your site", con un pennarello indelebile il medico di fiducia segna 24 ore prima dell'intervento l'arto da operare e lo controfirma sempre con pennarello indelebile. L'anestesista si rifiuta di procedere all'anestesia se il paziente entra in sala operatoria senza l'autografo del suo medico. L'idea dell'autografo ha riscosso molto successo tra i pazienti. Qualcuno sottolinea anche una maggiore serenità al momento dell'ingresso in sala operatoria (*Pediatric Emergency Care* 1999;15:231).

s. f.

USA

Catherine De Angelis nuovo direttore del JAMA

Gli affezionati di *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* conoscono bene Catherine De Angelis. In testa ad ogni articolo e in poche righe una sintesi eccezionale, le novità vere e il già visto di un articolo scientifico ma anche i punti di maggiore interesse da "discutere con le famiglie". Da pochi giorni De Angelis, professore di pediatria alla "John Hopkins University School of Medicine", è anche il nuovo direttore del *JAMA*, la prima donna dopo 116 anni di storia della rivista.

s. f.

ITALIA

Lungimiranza

Scrivi *The Lancet* del 22 maggio a pagina 1.721: "La possibilità di produrre cefalosporine a partire dal fungo *Cephalosporin acremonium* fu scoperta a metà degli anni '40 dal Prof. Giuseppe Brotzu dell'Università di Cagliari; questi ottenne ad Oxford il supporto per la sua ricerca che gli era stato negato dall'industria farmaceutica italiana".

g.c. b.

USA

Cibi transgenici "multiuso"

Ricercatori di Buffalo (USA) hanno sviluppato un vaccino orale contro l'epatite B prodotto con patate geneticamente modificate. Hanno utilizzato l'agrobacterium, un patogeno comune, per veicolare il DNA dal gene dell'HbsAg dentro il DNA della pianta; con tale metodo hanno dimostrato una risposta immune in topi nutriti con le patate così modificate. Tra breve i ricercatori concluderanno uno studio di tollerabilità, sicurezza e risposta immune condotto su 45 volontari ai quali è stato somministrato un pasto contenente piccole quantità di queste patate. Vedremo... (*Lancet* 1999;354:1707).

s. c.n.

USA

L'AMA: dalla polvere al full text su internet

Caduta nella polvere l'AMA cerca di risollevarsi; tutte le riviste della prestigiosa associazione dei medici americani (da *JAMA* a *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, per citare solo quelle di maggiore interesse pediatrico) sono attualmente in full text su internet gratuitamente per un periodo di prova nel nuovo sito. Probabilmente alla fine di questo periodo l'AMA (a differenza della



concorrente associazione inglese) deciderà di tornare all'accesso riservato agli abbonati; in questi mesi è opportuno approfittare dell'offerta.

s. f.

ARABIA

Continuano le trasgressioni al codice

Il Dr. Tahir del Maternity and Children Hospital di Madina Al-Munawara (Arabia) scrive a *The Lancet* (1999;353:2247) per denunciare la trasgressione del Codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno da parte della Abbott nella campagna di pubblicizzazione della formula Similac LF (senza lattosio). Nella brochure si afferma che la formula è un "nuovo" approccio al trattamento dei lattanti con sintomi di intolleranza al lattosio; e se ne consiglia l'uso in presenza di uno-tre episodi di diarrea nel primo anno di vita con conseguente sviluppo di un'intolleranza al lattosio e nei casi di non spiegata irritabilità, senza alcun background scientifico a supporto di tali raccomandazioni. La Abbott violerebbe l'articolo 7.2 laddove è scritto che l'informazione deve essere limitata agli aspetti scientifici. Inutili i suoi reiterati tentativi di avere una risposta da parte della Abbott.

s. c.n.

UK

Dolly venduta in California

La scozzese Roslin Biomed, fondata dal creatore del primo animale clonato, *Dolly the sheep*, è stata acquistata dalla californiana Geron di Menlo Park. La Geron ha in cantiere un progetto di ricerca per produrre organi a partire da cellule staminali di embrione umano.

Il gruppo californiano intende combinare la tecnologia della clonazione con quella dell'isolamento di cellule staminali. L'obiettivo è di produrre organi idonei al trapianto a partire dalle cellule del paziente

che ne ha necessità: i problemi di rigetto sarebbero a quel punto un lontano ricordo, ovviamente per chi potrà permettersi l'acquisto del prodotto finito (*New Scientist* 1999;2186:23).

s. f.

USA

Technology Assesment

HSTAT è l'abbreviazione di Health Service Technology Assesment Text, un utile servizio messo a punto dalla NLM (NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE). È un database elettronico che raccoglie e consente l'accesso in full-text a numerosi documenti e linee guida formulate dalle principali agenzie USA. Tra le altre: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR); National Institutes of Health (NIH); HIV/AIDS Treatment Information Service (ATIS) resource documents; Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Substance Abuse Treatment (SAMHSA/CSAT); the Public Health Service (PHS) Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services; Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Prevention Guidelines Database (PGD); AAP (American Academy of Pediatrics).

Per accedere su internet l'indirizzo URL è: <http://text.nlm.nih.gov/index.html>. Tra l'altro la maschera di accesso di questo impareggiabile servizio consente di unificare la ricerca Medline con quella delle linee guida delle principali agenzie internazionali.

s. f.



OMS

Soldi spesi bene!

L'OMS ci ricorda che negli ultimi cinquant'anni i morti per malaria, TBC e AIDS sono stati più numerosi dei morti per tutte le guerre e che la spesa sanitaria per queste malattie è meno del 2% delle spese militari totali! (*Lancet* 1999;353:2222).

s. c.n.

USA

Capra clonata e nel latte produce...

La prima capra clonata è Myra. Il clone è stato realizzato nel Massachusset nell'ottobre scorso.

Questa volta però la clonazione aveva un obiettivo in più, che apre altre sorprendenti possibilità alla tecnica della clonazione: il clone trasporta un gene umano, quello della antitrombina III. Myra produce antitrombina III nel suo latte.

Il sistema sembrerebbe molto redditizio (*Nature Biotechnology* 1999;17:456).

s. f.

SVEZIA

I rischi della fecondazione in vitro

In Svezia i 5.856 bambini nati da fecondazione in vitro (FV) dal 1982 al 1995 hanno queste caratteristiche: le gravidanze multiple da FV sono state il 27% contro l'1% della fecondazione naturale, i bambini pretermine (<37 settimane) sono stati il 30% contro il 6%; i bambini con peso neonatale <2.500 g sono stati il 27% contro il 4,6%, la mortalità perinatale è stata dell'1,9% contro l'1,1%, il rischio di mortalità per i bambini singoli nati <32 settimane è stato di 3.54 (95% CI 2.90-4.42). Le conclusioni del rapporto: la frequenza di gravidanze gemellari è troppo alta, bisogna operare per ridurla (*Lancet* 1999;354:1579).

g.c. b.



Come star bene a scuola

Cinzia Buscherini, Andrea Cannevaro, Armando Rossini, Giancarlo Biasini,
Francesco Ciotti, Raffaele Iosa, Paolo Peticari

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 26-30

Nel febbraio 1999 a Cesenatico l'ACP in collaborazione con il Centro di Iniziativa Democratica degli Insegnanti (CIDI) e con l'Associazione Nazionale Dirigenti Scolastici (ANDIS), ha organizzato un Corso nazionale dal titolo "Star bene a scuola per andar bene a scuola. Bambini e ragazzi dal disagio al benessere". L'obiettivo principale dell'iniziativa era quello di mettere a confronto intorno al disagio scolastico e sociale dell'infanzia, i professionisti, o meglio le scienze, che si occupano dell'infanzia e dell'età evolutiva (scienze dello sviluppo).

Le scienze dello sviluppo fanno parte di quattro branche delle scienze applicate: la medicina, la psicologia, la sociologia e la pedagogia. Si differenziano in quanto costruite a partire da premesse teoriche eterogenee tra loro, si applicano ad ambiti diversi e hanno scopi diversi, ma è necessaria una loro integrazione perché possano costituirsi come fattore protettivo dell'infanzia. La realtà è fatta di aspetti diversi, tanti quanti sono gli osservatori e ogni diversa lettura è considerata legittima e possibile. In questa realtà il problema presentato da un bambino può essere visto all'interno di un sistema teorico: biologico, psicologico, sociologico o pedagogico e trattato alla luce del sistema che offre le maggiori probabilità di soluzione. Il concetto di "viabilità" ovvero di utilità dell'ipotesi ha cioè maggiore rilevanza del concetto di validità. Un esempio concreto: la difficoltà di apprendimento della lettoscrittura. La medicina ci dice che l'abilità di lettura è influenzata negativamente da disfunzioni neurologiche; la psicologia che è influenzata negativamente da condizioni di disagio emotivo legate a conflitti genitoriali, lutti o malattie mentali e croniche dei genitori; la sociologia ci dice che l'abilità di lettura è condizionata negativamente dalle basse condizioni socioculturali dei genitori; la pedagogia che l'abilità di lettura è condizionata negativamente da esperienze pedagogiche discontinue, inadeguate, incapaci di rispettare i tempi e sostenere l'attenzione dei bambini. Nessuna di queste ipotesi è più giusta o sbagliata delle altre; tutte possono dimostrarsi utili nel risolvere il problema, singolarmente o insieme, a seconda del contesto spazio-temporale scelto. Secondo l'ipotesi sociologica occorre migliorare le condizioni socioculturali delle madri, migliorando il loro grado di istruzio-

ne. Secondo l'ipotesi psicologica occorre un intervento precoce sui bambini colpiti da forti stress psicosociali. Secondo l'ipotesi medica occorre migliorare l'assistenza neonatale per proteggere l'integrità delle funzioni cerebrali. È evidente però come in questo specifico caso sia l'intervento pedagogico ad essere più utile a quel bambino in quel momento per migliorare la sua carriera scolastica. In altre parole la scuola se ben usata è il miglior fattore protettivo rispetto al fallimento scolastico, che notoriamente è un fattore predittivo del futuro professionale ed umano di una persona. C'è sembrato opportuno proporre ai lettori la tavola rotonda finale del corso. Ad essa hanno partecipato il professore Andrea Cannevaro, pedagogista dell'Università di Bologna, il dottore Armando Rossini, presidente dell'Associazione Nazionale Dirigenti Scolastici (ANDIS) e giudice minorile, il dottore Raffaele Iosa, ispettore del Ministero della Pubblica Istruzione e il dottore Paolo Peticari, pedagogista. Per l'ACP erano presenti Giancarlo Biasini e il sottoscritto. La tavola rotonda è stata condotta da Cinzia Buscherini, direttrice didattica. In questo numero di Quaderni acp ne pubblichiamo una parte, rimandiamo al prossimo le conclusioni.

Francesco Ciotti

Cinzia Buscherini: *La prima domanda la rivolgo a Cannevaro, a partire proprio dal titolo del convegno: È lo stato di benessere istituzionale che determina un apprendimento positivo o è un apprendimento positivo che determina un benessere nello stare a scuola?*

Andrea Cannevaro: *Credo che i due elementi, benessere istituzionale e apprendimento*

significativo, siano entrambi necessari, ma quel che a noi compete sottolineare è che il benessere istituzionale deve essere fondato sulla competenza, che resta la parola chiave, e sull'incontro delle competenze. Con l'osservatorio del Ministero della Pubblica Istruzione sulle situazioni di handicap si è tentato più volte di mettere mano ad una definizione di profilo professionale dell'insegnante specializzato. Non ci siamo ancora riusciti per la difficoltà delle situazioni. Inoltre il livello di benessere istituzionale lo misurerei anche in base al numero di figure che entrano in gioco nel percorso di una persona che cresce. Questo è un punto dolente, anche perché viviamo in una dinamica dell'emergenza cercando sempre di tamponare le situazioni precarie e trascurando gli elementi di fondo quali le "professioni di aiuto". Ancora, non sempre è sufficientemente chiara la distinzione tra profilo professionale e competenze aggiuntive. Partecipo ad un corso di formazione sulla lingua dei segni per i sordomuti, ma chi partecipa al corso non sa se sta preparando una nuova professione o una competenza aggiuntiva dentro la sua professione.

Cinzia Buscherini: *Quali diritti ha il minore in ambito scolastico, come e da chi è tutelato?*

Armando Rossini: All'interno della scuola il minore ha diritti veri, diritti formali giuridicamente tutelati? Il corpus dei diritti all'interno della scuola si risolve in pochissime battute, perché c'è un diritto forte che è quello dell'accesso a scuola, tutelato dall'art. 34 della Costituzione; il comportamento omissivo dei genitori che non consente l'accesso a scuola del minore è penalmente rilevante: l'art. 731 del Codice Penale lo punisce. Certo la pena prevista dall'articolo non è particolarmente afflittiva in quanto prevede l'ammenda di Lit. 60.000 per colui che viola la norma, ma l'afflittività vera viene dal Codice Civile che agli art. 330 e 333 consente al Tribunale per i Minorenni, se accerta insieme all'abbandono della scuola anche situazioni di altro genere che creano un disagio pesante al minore, la sospensione o la rimozione dalla patria potestà dei genitori inadempienti. Si tratta

di un diritto forte perché chi non lo rispetta addirittura rischia di perdere la condizione giuridica dell'essere genitore. Dopo che l'alunno varca la soglia della scuola cessa ogni tutela giuridica specifica. L'alunno della scuola dell'obbligo (non della scuola secondaria) non ha sostanziale tutela giuridica, non ha la tutela che ha il lavoratore sul lavoro. Questa tutela è necessaria perché alcuni dei maltrattamenti a danno dei minori vengono proprio dalla scuola. Il primo e più pesante è quello della carenza o della inadeguata prestazione educativa e formativa: il non ricevere cioè una formazione adeguata ai suoi bisogni. Il secondo è un maltrattamento vero: le punizioni a scuola (la scuola ha molto da farsi perdonare). Il terzo è il maltrattamento che il minore può subire col giudizio non pertinente che la scuola dà di lui. Quali strumenti ha il minore per tutelare il proprio diritto a non essere maltrattato? Può utilizzare il Codice Civile? A meno che il maltrattamento non sia evidente (violenza fisica) non può. Il Codice Penale è inapplicabile. Internamente alla scuola c'è un solo strumento: l'esposto, cioè il ricorso al Dirigente Scolastico o al Provveditore, che in alcuni casi determina l'arrivo di una terza figura che è l'ispettore. Tutto è interno all'amministrazione scolastica, non c'è un soggetto che indaghi sui comportamenti dell'istituzione. È l'istituzione che valuta se stessa. In alcuni casi c'è un seguito giusto, in altri il paternalismo con tutte le mediazioni possibili. Di fatto all'interno della scuola il minore non ha tutela giuridica. Naturalmente non bisogna fermarsi soltanto all'analisi. Viviamo un momento in cui si va verso una responsabilizzazione delle istituzioni scolastiche. L'autonomia non è un fatto amministrativo, ma di sostanza, di competenze. La scuola può



scriversi il proprio regolamento, riflettere su questa carenza normativa per il minore e porvi dei rimedi.

Cinzia Buscherini: *Attraverso quali indicatori o quali segnali gli insegnanti possono riconoscere i bambini a rischio sociale, quali sono i fattori protettivi che la scuola può attivare e con quali modalità può farlo?*

Giancarlo Biasini: La denominazione di bambino a rischio sociale ci viene dagli USA dove la comunicazione tra la medicina e la sociologia è un fatto più diffuso di quanto non sia nel nostro paese. In Italia c'è una discreta comunicazione tra la psicologia e la medicina, ma c'è scarsa comunicazione tra la sociologia e la medicina. È strano che questo avvenga in un paese dove il servizio sanitario non esiste, dove la sanità ha un'impronta assistenziale privatistica e dove ci sono milioni di bambini non assistiti. Il bambino a rischio sociale è quel bambino per il quale non sono disponibili nell'ambiente sociale e nella famiglia sufficienti risorse materiali e culturali tali da permettergli uno sviluppo adeguato; oppure le condizioni ci sono ma il bambino e la sua famiglia non sono capaci di utilizzarle cioè non sono capaci di trarne beneficio. In sostanza il bambino a rischio sociale è quello che non riesce a trarre dall'ambiente i benefici espliciti o impliciti presenti. È quello ad esempio che non va dal medico anche se il medico c'è, non fa i controlli di salute anche se questi sono garantiti e disponibili, non si vaccina anche se le vaccinazioni sono offerte gratuitamente, non utilizza la scuola o perché non ci va o ci va ma non ne approfitta, non trae i benefici connessi alla scuola. I pediatri napoletani, affiliati all'Associazione Culturale Pediatri, danno una definizione molto precisa di questo bambino, quando dicono che è quello che sostituisce il progetto con l'urgenza: non si vaccina, ma se ha trentasette e mezzo di febbre corre in pronto soccorso. Cioè non fa un progetto di salute, ma utilizza il pronto soccorso nel momento in cui si pone un problema acuto, non fa neanche un progetto di istruzione né di acquisto di beni. È quello che ha le scarpe Nike da 150.000 lire e la maglietta stracciata, o il

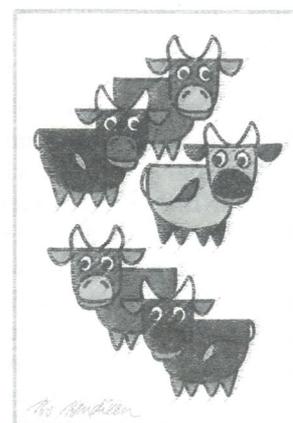
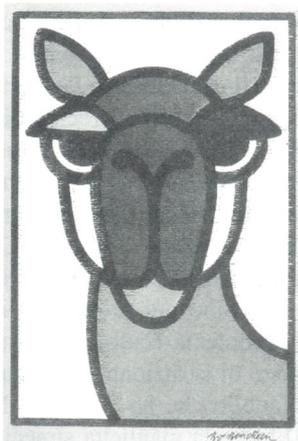
giubbotto di pelle e i sandali rotti, con una famiglia che compra le patatine PAI invece di friggere le patate o che ha il televisore da 31 pollici ma non ha il gas in casa. Vi è quindi discrasia nell'utilizzo di tutto: dai beni economici e sociali ai mezzi di salute, alla scuola e così via. È il figlio della famiglia multiproblematica, della famiglia vulnerabile: di solito con una madre di basso livello di istruzione, che conta molto di più di quella del padre perché è l'istruzione della madre che dà ai figli e alla famiglia un sistema di regole e un sistema di "virtù" su cui la famiglia si regge. È il figlio di un genitore disoccupato che vive in condizioni abitative particolarmente affollate, ma è anche il bambino della famiglia vulnerata, di genitori separati o con un padre "inconsistente". Tutte queste cose sono l'espressione "clinica" del bambino a rischio sociale. Non dovrebbe essere difficile per il medico di famiglia accorgersi dell'esistenza di questi problemi. Il non vedere mai un proprio assistito dovrebbe rappresentare un momento di sospetto. La scuola altrettanto facilmente dovrebbe riconoscere questo bambino: la sua famiglia non ha alcun interesse al progetto di costruzione di una professionalità. Il rapporto tra salute del bambino e salute da adulto è estremamente stretto. Ci sono ricerche condotte in Italia che dimostrano che la salute dell'adulto è in stretta relazione con la salute del bambino e quindi la costruzione di un progetto di salute per il bambino significa un progetto di salute per le generazioni che verranno tra dieci o vent'anni. È dimostrato altrettanto chiaramente che la

salute del bambino è strettamente correlata con il livello di istruzione della madre. Esistono numerose ricerche che dimostrano il rapporto tra mortalità infantile, salute del bambino, numero di incidenti sofferti dal bambino in casa e in strada e livello di istruzione della madre. Quindi tra livello di istruzione della madre, salute del bambino, salute dell'adulto e successo professionale c'è legame molto stretto. Rispondo quindi che il primo fattore protettivo è il livello di istruzione della madre. Ma quali sono gli altri fattori protettivi? Due psichiatri inglesi, Tizard e Rutter, hanno condotto una lunga ricerca longitudinale su donne affidate ad istituti nell'infanzia e che poi sono uscite dagli istituti per affrontare l'adolescenza e l'età adulta. Le donne che riescono a fare un progetto di vita, cioè che riescono ad avere un matrimonio scelto, e non imposto ad esempio da una gravidanza precoce, che non diventano madri da nubili, che hanno una gravidanza programmata, che hanno un partner affidabile e sostenitivo, che, si badi bene, hanno avuto esperienze scolastiche positive e gratificanti, hanno nella vita un maggior successo educativo verso i propri figli, diventano madri sufficientemente "buone". Queste donne costruiscono col partner sentimenti di efficacia personale tali da poter controllare gli eventi della vita. Altro fattore protettivo è costituito dalla scuola; anzi ci sono momenti in cui la scuola è più importante che in altri. Questi sono i momenti di transizione, dalla scuola elementare alla scuola media inferiore, dalla scuola media inferiore alla superiore. Quando diciamo "scuola" la intendiamo come comunità di adulti e di ragazzi (avere compagni di scuola positivi, trovare insegnanti capaci di rappresentare una figura di riferimento protettiva), non parliamo di successo scolastico. Poiché il bambino a rischio sociale è quello per il quale la famiglia non riesce a fare un progetto, se la comunità o parte di essa, la scuola, riesce a fare un progetto per lui allora il rischio sociale riesce ad essere controllato o neutralizzato.

Cinzia Buscherini: *Qual' è l'età più adatta per diagnosticare e intervenire utilmente in caso di disabilità o forti difficoltà scola-*

stiche per favorirne il recupero? In quale ordine di scuola è più facile programmare attività didattiche in questo senso?

Francesco Ciotti: Nel campo delle disabilità sappiamo diagnosticare precocemente le patologie gravi come la paralisi cerebrale infantile e la sindrome di Down per le caratteristiche fisiche che presentano. Ma ci sono altri ambiti che invece diagnosticiamo tardi e rispetto ai quali il contributo dell'osservatore pedagogico nel contesto scuola è fondamentale. Mi riferisco innanzi tutto al ritardo mentale (RM). Il RM è una condizione che viene sistematicamente sottodiagnosticata. In teoria i soggetti con RM dovrebbero essere il 3% della popolazione, mentre in realtà quelli noti ai servizi e alla scuola sono molto meno. Il RM viene riconosciuto troppo tardi, per lo più nel corso della scuola media inferiore quando i margini di intervento, peraltro molto stretti in questa condizione, sono davvero scarsi. Il RM è osservabile nel contesto dell'apprendimento relativo alla scuola materna, poi alla scuola elementare e infine alla scuola media. Un'altra area difficile per la diagnosi "sanitaria" è quella dei disturbi della comunicazione. Dentro i disturbi della comunicazione, in cui l'intervento sanitario è tardivo, ci sono i disturbi dell'udito, le ipoacusie che troppe volte vengono riconosciute solo a 3-4 anni di età, perché c'è una scarsa capacità di osservare da parte del sanitario e dell'insegnante il disturbo comunicativo e perché troppe volte non si ascoltano a sufficienza le madri dei bambini. Altra dia-

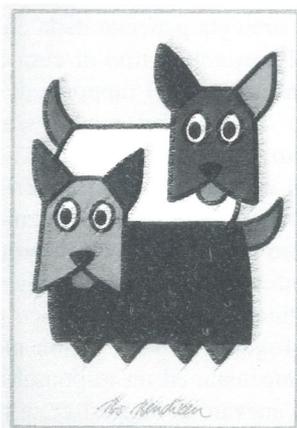


gnostica non accurata è quella relativa ai disturbi relazionali gravi; mi riferisco all'autismo: oggi i bambini autistici, su cui i margini di intervento in età precoce possono essere buoni, sono diagnosticati solo a 4-5 anni di età anziché entro il secondo anno di vita, quando la comunicazione del bambino si costruisce e si evidenzia. E giungo al settore più importante e di più frequente riscontro che è quello dei ritardi di linguaggio e dei ritardi di lettoscrittura. Si tratta di condizioni che possono interessare circa il 10% dei bambini; bambini che provengono da famiglie deprivate socioculturalmente o con fattori di rischio biologici o psicologici, in cui il segnale è il ritardo del linguaggio prima, il ritardo di lettoscrittura poi e infine la dispersione scolastica, la mortalità scolastica, l'insuccesso umano e professionale. Nell'ambito degli interventi possibili, la scuola può essere responsabile di quelli più incisivi e decisivi. Gli insegnanti hanno molti più strumenti di quanto pensiamo ed essi stessi pensino, che sono già nel loro patrimonio professionale, sia di riconoscimento del problema linguistico sia di intervento nel laboratorio linguistico in classe, nel piccolo gruppo, con risultati assolutamente brillanti. Anche nel ritardo di lettoscrittura non si può più aspettare la terza o la quarta elementare per intervenire, perché come per il linguaggio, c'è un periodo critico di acquisizione della lettoscrittura che è il primo biennio della scuola elementare o al massimo entro l'ottavo anno di età, in cui i giochi sono fatti, in cui i bambini in difficoltà vanno aiutati con un sostegno pedagogico individuale. Anche in questo caso, come per il linguaggio, le ricerche dimostrano che è più efficace un intervento pedagogico all'interno del contesto dove normalmente vive il bambino e passa il suo tempo scolastico, ossia un intervento abilitativo per usare un termine di Milani-Comparetti, piuttosto che un intervento riabilitativo affidato a servizi sanitari che sono collocati al di fuori del contesto abituale di vita del bambino.

Cinzia Buscherini: *Il contesto scolastico in cui devono essere inseriti i bambini, e in particolare quelli con difficoltà, deve essere capace di dare benessere. Ora le*

scuole stanno già sperimentando l'autonomia secondo gli strumenti indicati dalla circolare ministeriale. Chiedo all'ispettore Iosa se l'autonomia scolastica significhi benessere per il bambino e in quale modo questo benessere può concretizzarsi nel piano dell'offerta formativa delle scuole per dare risposte adeguate alle aspettative e ai bisogni individuali degli alunni e come la scuola dovrà agire per rapportarsi alle richieste del proprio territorio, come il progetto dell'autonomia richiede.

Raffaele Iosa: Marcuse quasi trent'anni fa sosteneva alcune cose che stanno capitando oggi, come la clinicizzazione della pedagogia, cioè l'idea che i bambini o le persone che hanno problemi hanno bisogno prima di tutto di una ricetta. Allora la ricetta era fornita dalla critica sociale e si chiamava comunismo. Finita quell'idea di soluzione, non può però finire la critica sociale. Non esiste l'autonomia della scuola se non è l'autonomia dei bambini. Ma vorrei proporvi un pensiero e una riflessione sul rapporto tra autonomia e benessere partendo da uno scrittore, Pietro Citati: *“David Copperfield, Alice nel paese delle meraviglie, Pinocchio ci ricordano che l'infanzia non è un tempo ma un paese diverso e può abitarvi soltanto chi è bambino o che abbia una fantasia così grande da ridiventarlo... Noi trattiamo i ragazzi come acquirenti di giocattoli e di mode, come mercati delle nostre ambizioni ideologiche e dimentichiamo di lasciare intorno a loro quell'alone di riguardo, di rispetto, di noncuran-*



za affettuosa, di amorosa disattenzione, di cui hanno soprattutto bisogno. Quando ci avviciniamo a loro dovremmo muoverci in punta di piedi, dovremmo badare alle nostre parole e renderle sempre più leggere e trasparenti di modo che nessuna suoni come un invito, un precetto, una richiesta o una ricetta. Con tutta la forza della nostra attenzione dovremmo scoprire quali sono i desideri nascosti e le speranze inconsce alle quali affidano i loro sogni. Ma quasi nessuno possiede quest'arte, la più difficile delle arti che possa conoscere un essere umano”.

Io faccio di tutto perché l'autonomia della scuola sia un luogo di disintossicazione per i bambini dall'obesità pedagogica nella quale li stiamo annegando. La mia opinione è anche che nel parlare di benessere e malessere ci sia l'equivoco di un'idea di bambino il quale deve essere per forza perfetto, sano, sapere di tutto. L'elemento strategico per il vero benessere pedagogico è invece quello di alleggerire, dare spazio, rallentare. Io temo invece che l'autonomia in questa frenesia commerciale della pedagogia diventi uno svendere ancora di più. Temo che l'autonomia possa diventare il Club Méditerranée, il Patronato: l'aggiunta di cose. Il vero benessere, piuttosto che farcelo definire dai medici, dovremmo forse farcelo dire dagli studiosi dell'anima, della responsabilità della persona. Stiamo vivendo una fase nella quale l'adultizzazione dei bambini e un eccesso di aspettative è alla base del malessere. Dovremmo fare in modo che l'autonomia sia capace di fare una cosa ormai dimenticata in questo paese che è la critica sociale. Era una cosa molto praticata fino a venti anni fa da nomi che ormai sono leggende, come Don Milani.

Questa società non riesce, nei confronti dei bambini e nei confronti di se stessa, a fare una critica sociale a ciò che nel mondo accade e quindi corre il rischio di cercare altre vie che sottintendono un modello preciso, pericoloso anche per il mondo della scuola, il modello terapeutico. Se mio figlio è disturbato non è colpa mia e basta usare il Prozac.

Il rischio è di trovare la soluzione anziché nella critica sociale, cioè nel porre in discussione come viviamo, nella ricerca

di scorciatoie miracolistiche.

Nella scuola negli ultimi dieci anni è accaduto con le "educazioni": alla salute, allo star bene, al sesso. Credo che la logica debba essere rovesciata. Credo che l'autonomia della scuola debba prima di tutto alleggerire la scuola, dare autonomia ai bambini, fare parlare loro ascoltandoli e discutendo punto per punto le cause e non solo i sintomi. Possono sembrare chiacchiere, ma se non riusciamo ad avere una capacità di "rete", con più soggetti che ragionano sulle questioni il rischio che corriamo è di diventare una grande infermeria con dentro i venditori di miracoli e di ricette. Dietro il mito della salute perfetta, rivendicare il diritto della persona a soffrire, riconoscere che la vita è fatica, ma che la fatica non è malattia, ci porterebbe a ridimensionare molte idee sul disagio. Nel costruire vicende sociali e contesti operativi che migliorino il clima, sono più portato a lavorare perché nascano luoghi di mediazione piuttosto che luoghi di terapia.

La magistratura minorile su questo comincia ad insegnarci molto. Se due coniugi litigano, secondo le teorie commerciali psicanalitiche, hanno una malattia di coppia e ci vuole un terapeuta, ma forse se una coppia litiga è l'incontro tra due ragioni e non tra due malattie e forse c'è bisogno più che di un guaritore di un mediatore. Non vorrei che la scuola diventasse serva sciocca dei sanitari. La crisi di oggi è anche crisi dei luoghi della comunità.

Ci sono sempre meno luoghi dove stiamo insieme. E i luoghi dove stiamo sono non luoghi che determinano solitudine, come i supermercati, le autostrade, e spesso anche le scuole. Vorrei che la scuola diventasse il luogo che ricostruisce il senso di comunità.

Cinzia Buscherini: Vorrei ritornare sulla domanda, alla quale Iosa ha dato una sua risposta, sul che cosa fa la scuola. Nell'idea di istruzione personalizzata, di un insegnamento-apprendimento che avvenga in un contesto in cui le regole sono stabilite dagli adulti per i bambini che sono in quel contesto. Chiedo a Perticari come può il progetto formativo della scuola partire dall'idea di istruzione per-

sonalizzata collocandola dentro una "narrazione condivisa".

Paolo Perticari: Lungo la strada che percorro per venire a Cesenatico all'entrata di un paesino c'era un cartello, che adesso non c'è più: "se ami i bambini, rallenta, grazie". Dietro a quel cartello c'era un problema reale, di un paese dove sfrecciavano le macchine provocando incidenti ai bambini. Ma in questi anni mi sembra che questa idea del "rallentare" sia diventata un'idea condivisa e l'ho sentita anche riferita al mondo della scuola e alla necessità di rallentare e di interrompere questi ampi tassi di inquietudine che i contesti sociali rischiano di immettere nella scuola. Rallentare è fondamentale e traduco questo in uno slogan: "tu hai tempo". Il lavoro che fai a scuola ha tempo, per incontrare quel bambino hai tempo. Un pomeriggio mi sono trovato in un piccolo paesino dove alcuni amici si erano messi a giocare a biliardino; al mio posto giocava un bambino e stava perdendo.

Ho provato a dire al bambino: - Tu hai tempo, aspetta - ma intanto subiva goal.

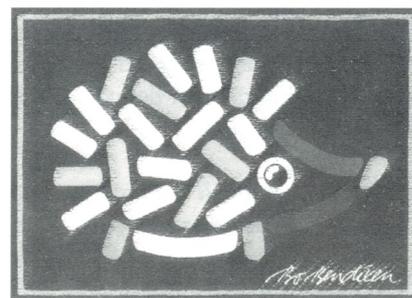
Mi guardava e io: - Tu hai tempo - e intanto entrava un altro goal.

Alla fine è sbottato: - Tempo cosa, che sono finite le palline! -. Questo è un problema reale. In una prospettiva più sana del tempo occorre riorganizzare i contesti dell'educazione. Sapere rallentare nei momenti di troppa inquietudine, di troppa velocità è un apprendimento costitutivo. Siamo animali veloci perché possiamo essere sia lenti sia rapidi quando la necessità incombe. La dimensione dunque del rallentare è quella del pensare a termine come modalità e come atteggiamento utile nella strategia generale della cura di sé, di quel particolare tipo di cura di sé che può instaurarsi nel rapporto di cura degli altri; "tornare ad occuparsi di sé per occuparsi meglio degli altri". Nell'occuparsi di sé credo nella dimensione del presente. La scuola si è sbilanciata troppo verso una dimensione di progetti: progetto informatica, progetto potenziali di apprendimento, progetto chiosco della piadina, progetto siepe... E non manca mai un competente ed un responsabile di progetto. Canevaro ci suggerisce di praticare l'etica della competenza, ma io credo

anche importante imparare a praticare l'etica dell'incompetenza, del riconoscersi incompetenti volentieri. In questo riconoscimento di incompetenza c'è la possibilità di visitare le competenze di cui si dispone in una maniera più serena. Socrate diceva "io so di non sapere, ma molti non sanno neanche quello".

Potremmo chiamarla incompetenza di primo ordine. Esiste un secondo tipo di incompetenza che dice "io non so di non sapere, ma..." e si apre un vuoto difficilmente colmabile che ci chiede di arrestare il movimento progettuale in cui siamo per vedere di ricominciare ad imparare qualcosa, ed è l'incompetenza di secondo ordine. Spinoza parlava di tre velocità dell'etica e della conoscenza, io sto parlando di tre velocità dell'ignoranza. C'è infatti un terzo tipo intermittente di incompetenza, che è l'ignoranza dell'imbecille. Sono un imbecille quando ho bisogno di fare e rifare continuamente le cose dentro la mia testa, non mi accontento del competente di turno che mi dice cosa devo fare, ho bisogno di metterci del mio, dell'imbecillità aggiuntiva, di fare e rifare tutto con la mia testa perché solo così riesco a creare qualcosa di nuovo. Questa terza velocità dell'ignoranza mi sembra utile perché ha il vantaggio che non si può essere tutti imbecilli allo stesso modo in tutti i contesti.

Vi è rapporto tra ignoranza, apprendimento e contesti come intreccio costitutivo di una qualità dei processi di insegnamento e di apprendimento, collegati al concetto del rallentare, dell'aver tempo e del velocizzare, del pensare ad un tempo che ha termine. ■



L'intossicazione da Coca-Cola

Sergio Conti Nibali

Pediatra di base, Messina

Il Belgio è stato recentemente al centro di due episodi di salute pubblica, che hanno messo a dura prova le autorità sanitarie di quel paese e hanno riproposto il delicato problema del rapporto tra salute e informazione.

Ci riferiamo, in ordine cronologico, alla contaminazione dei polli con la diossina e alla presunta tossicità di alcune confezioni di Coca-Cola; per il primo caso le autorità belghe sono state pesantemente accusate di scarso interventismo tanto da condizionare probabilmente in maniera rilevante il loro comportamento nell'affrontare la seconda emergenza; ed è su questa che ci vogliamo soffermare.

L'8 giugno 1999, ventisei scolari di una cittadina belga accusano nausea, cefalea, palpitazioni, dolori addominali dopo avere bevuto della Coca-Cola. Nei due giorni successivi, dopo che la notizia rimbalza in un baleno, numerosi altri bambini della stessa scuola accusano sintomi per i quali vengono portati in ospedale, tanto che le bottiglie di Coca-Cola incriminate vengono ritirate dal commercio. Ancora nei giorni successivi vengono segnalati numerosi altri casi di vaghi e transitori malesseri seguiti all'ingestione di svariati tipi di Coca-Cola. Sebbene un caso di emolisi intravascolare venga attribuito alla Coca-Cola, in tutti gli altri casi non viene mai segnalato alcun problema all'esame obiettivo e alcuna alterazione degli esami di laboratorio; ma nonostante tutto ciò, il "fatto" per parecchio tempo viene ritenuto da "prima pagina". Le autorità sanitarie ritirano dal commercio tutti i prodotti della Coca-Cola; centinaia di persone continuano a chiamare il National Poison Centre riferendo problemi dopo l'assunzione dei prodotti incriminati; altri casi ancora vengono denunciati nel nord della Francia. In nessuno di tutti questi casi si è potuto mai dimostrare alcun tipo di emolisi intra o extra-vascolare. Il 15 giugno la Coca-Cola annuncia di avere scoperto due possibili cause: un "cattivo diossido di carbonio" e un "fungicida" erano stati ritrovati sui tappi delle bottiglie incriminate. Le analisi tossicologiche rivelano la presenza in poche bottiglie di una quantità bassissima, ma odorosa, di solfuro di idrogeno e di 4-cloro-3-metilfenolo; per le concentrazioni bassissime di entrambe le sostanze si poteva escludere, secondo gli esperti, qualsiasi tipo di tossicità in seguito alla loro accidentale assunzione. E sono proprio quattro esperti del Consiglio Superiore della Sanità del Belgio, uno dei quali ha personalmente eseguito le analisi tossicologiche, a scrivere a *The Lancet* (1999;354:77) per esprimere - *sottolineano a titolo personale* - la loro perplessità su come la presunta emergenza sia stata gestita dalle autorità sanitarie ed interpretata dai media. A loro parere si è trattato di una "Mass Sociogenic Illness" (MSI), che si può definire come una costellazione di sintomi senza una causa identificabile che colpiscono due o più persone della stessa provenienza sociale; la "malattia" è più frequente nelle donne in fase preadolescenziale,

è "trasmessa" dai media, dai medici e dal telefono; è caratterizzata da stress fisici e mentali inusuali, iperventilazione, rapida risoluzione con possibili ricadute. Nel nostro caso le similitudini con la MSI erano rappresentate dalla comparsa in una popolazione di scolari, dall'enorme eco da parte dei media, dalla mancanza di qualsiasi plausibilità tossicologica e dall'ansia sulla sicurezza dei cibi che il precedente episodio dei polli alla diossina aveva procurato nella popolazione; il tutto certamente amplificato dalle misure radicali intraprese dalle autorità.

Insomma questi esperti ritengono che si sia trattato di una bolla di sapone e che tutto sia da attribuire ad una somatizzazione di massa e che le vittime avrebbero avuto bisogno non di cure mediche, ma "sociali"; e sostengono che quando si devono affrontare problemi di salute pubblica in rapporto ai cibi e all'ambiente bisogna agire con molta precauzione, prima di diffondere notizie che portino a conseguenze difficilmente controllabili. Tuttavia gli elementi per una più completa analisi del fatto non finiscono qua. Epidemiologi di Bruxelles e di Parigi hanno condotto uno studio caso-controllo nella popolazione belga oggetto della presunta intossicazione e la loro conclusione è che il rischio correlato al consumo di Coca-Cola fu troppo alto per potere attribuire i sintomi solamente ad un caso di MSI (*Lancet* 1999;354:681).

E ancora (*Lancet* 1999;354:681) viene descritto un caso di emolisi intravascolare certamente da attribuire al consumo di Coca-Cola. L'ipotesi che viene avanzata è che le indagini tossicologiche non sono state in grado di ritrovare altre sostanze tossiche che abbiano potuto provocare i sintomi accusati da un così alto numero di persone. Appare, dunque, evidente che sarà difficile stabilire cosa sia veramente successo; tuttavia fa paura l'idea che tutto possa essere stato conseguenza di una suggestione collettiva alimentata dai media. In Italia abbiamo avuto recenti esperienze, riportate a più riprese anche su questa rivista, di come sia difficile gestire i rapporti con il mondo dell'informazione su temi inerenti la salute pubblica (vedi il caso Di Bella o le morti per influenza di Palermo). I tempi sono maturi, avendo fatto esperienza con questi precedenti, per aprire un dibattito serio. ■

Per corrispondenza:
Sergio Conti Nibali
E-mail: serconti@glauco.it



La gabbia e la notizia

Sono una pediatra di Erba. Ho letto e condiviso pienamente gli articoli riguardanti il rapporto con i professionisti dei media. Per esperienza personale posso affermare che comunicare con loro non è semplice. Ho vissuto personalmente nel settembre scorso, una situazione di conflitto con il "Corriere della Sera". Un mio piccolo paziente era stato colpito da meningite da Haemophilus. Ho ricevuto la chiamata alle 11.30: la mamma mi richiedeva una visita domiciliare. Sono andata al domicilio del piccolo: il mal d'orecchio era rigor. L'ho trasportato personalmente con la mia auto in ospedale: aveva una meningite in fase iniziale ed è andato tutto bene. Il giorno dopo sul "Corriere della Sera" usciva un articolo: "Bambino tunisino affetto da meningite: a casa da quattro giorni, per i medici era semplice influenza". Niente di più falso (con tanto di testimoni e la mamma del bimbo indignata). Ho scritto al Direttore la lettera che segue: nessuna risposta. Allego la documentazione.

«Ho letto alla pag. 48 del "Corriere della Sera" del 6/11/98, l'articolo di Angelo Panzeri inerente al caso di meningite del piccolo tunisino ricoverato presso l'Ospedale "Fatebenefratelli" di Erba. Sono la pediatra del piccolo e vorrei rettificare alcune affermazioni false contenute nell'articolo. "Il piccino era a casa da quattro giorni. Per i medici era semplice influenza", così scrive Panzeri nel titolo e nell'articolo. Non è ciò che è avvenuto. Il 3/11/98, chiamata dalla madre del bambino, l'ho visitato a domicilio. Ho capito subito che non si trattava di una semplice influenza e, consapevole della gravità del caso ho trasportato personalmente con la mia auto il bambino in ospedale. Lì, i miei colleghi ospedalieri del reparto di Pediatria del "Fatebenefratelli" (alcuni dei quali già fuori servizio), unitamente alle infermiere, si sono immediatamente prodigati per gli accertamenti e le cure che la gravità del caso richiedeva. Nessuno di noi ha diagnosticato al bambino un'influenza. La manipolazione della verità, da me personalmente verificata in questa circostanza, su un giornale che io quotidiana-

namente acquisto, non mi permetterà certo di dare ancora credibilità alla vostra testata. Fortunatamente la cronaca del caso apparsa su un quotidiano locale "La provincia di Como" del 6/11/98 e 7/11/98 contiene affermazioni corrette e veritiere. Fortunatamente, perché le mamme dei piccoli pazienti di Erba cosa avrebbero potuto pensare dei pediatri dei loro figli leggendo l'articolo di Panzeri?

Certe affermazioni false, creano diffidenza nei pazienti e tolgono dignità alla figura del medico che nella maggior parte dei casi compie quotidianamente il proprio dovere con sensibilità, amore e rispetto verso i propri pazienti».

Maria Rita Cajani

In termini giornalistici la gabbia è la griglia del giornale. La gabbia si vede, le notizie devono essere contenute lì, lo spazio fa da dittatore. In realtà spesso molti professionisti dell'informazione lavorano all'interno di una gabbia ancora più pesante: "L'aria che tira".

È una gabbia che non si vede, solo si respira. Se l'aria che tira è quella, questi sono i risultati. Nessuna speranza?

Lo spirito con il quale alcuni di noi avevano avviato un rapporto di collaborazione con i professionisti dell'informazione, con l'obiettivo di un appuntamento comune a Palermo per ragionare insieme, era quello di far intravedere la possibilità di poter cambiare l'aria che tira, nel nostro paese, a proposito di informazione e sanità.

Cominciando da alcuni distinguo importanti, primo fra tutti quello tra malasanità ed errore.

Come tutte le discipline scientifiche la medicina è imperfetta, la correttezza della previsione sta nel regno della probabilità e non in quello della certezza. La diagnosi come la prognosi stanno nello stesso campo di pertinenza della previsione scientifica. La stampa non conosce la differenza, non troppo sottile, che divide l'errore e la malasanità. A volte, come nel caso che ci racconta la collega, non conosce neppure la differenza tra verità e menzogna. La gabbia è quella, bisogna far di tutto per costringere tutte le notizie dentro l'unica gabbia che si respira.

L'appuntamento a Palermo? L'aria che

tira è troppo pesante per poterlo davvero realizzare, questa la sensazione (erronea? pessimistica? realistica?) che mi sono fatto. Ma se i colleghi ci aiutassero, come ha fatto nella sua lettera Maria Rita Cajani, a raccogliere e commentare materiale "emblematico" come questo, tutto sarebbe più facile.

s.f.

Tecnologie e povertà

Sull'inserito Economia del *Corriere della Sera* del 21 gennaio 1999 un articolo a firma di Rocco Cotroneo intitolato "Il Baggio delle favelas in gol con Internet", riferisce che, sul numero dedicato alla America Latina, la rivista *Time* ha scelto Rodrigo Baggio come uno dei cinquanta leader del nuovo millennio. Baggio ha creato in Brasile una delle più interessanti esperienze di diffusione delle tecnologie tra i poveri.

Il suo CDI (Comitato per la Democratizzazione Informatica), nato nel 1995, con pochissimi fondi e grazie ad una grande capacità di coinvolgimento (sic!), ha creato e coordina in undici stati del Brasile ottanta piccole scuole di computer, tutte situate in favelas, che raccolgono 14.000 alunni dai 5 anni in su, per insegnare i rudimenti dell'informatica. Il CDI raccoglie donazioni di computer fuori uso o sorpassati, li rimette in sesto e, con l'aiuto delle associazioni comunitarie e dei volontari, insegna Word e Windows a bambini e donne che pagano la quota simbolica di 5 real (pari a Lit. 5.000), consentendo al progetto di autofinanziarsi a tutt'oggi. Lo scorso gennaio, invitato a Washington a raccontare la sua iniziativa, Baggio è stato contattato da un signore, che, a nome della sua fondazione, gli ha fatto una donazione di 4.5 milioni di dollari in software e un assegno di 150.000 dollari per una nuova sede. Era il padre di Bill Gates.

L'idea di Baggio è che ragazzi che non possiedono a casa nemmeno il telefono, possano usare Web e posta elettronica tramite linee telefoniche della scuola (per ora solo il CDI ha una pagina Web e una e-mail). E tutto questo perché "oggi - spiega - credo che non esista esclusione



più ingiusta di quella tecnologica, peggiore di ogni disuguaglianza sociale o economica". Siamo tutti abituati a pensare alla esclusione dall'alfabetizzazione e dalla scuola come un indice di disuguaglianza, in casa nostra così come nei Paesi del Terzo Mondo. Anche il cinema brasiliano, con il film "Central do Brasil" in cui la protagonista con il suo banchetto in strada scrive e legge per conto degli analfabeti, ci aveva già ricordato questa disuguaglianza. Ma forse sull'esclusione dalla tecnologia, e sull'impatto che questo può avere per i più poveri, non tutti avevamo riflettuto. Mi torna alla mente una frase dell'ultimo libro di Rigoberta Menchu: "Sarebbe necessario che la scienza e la maggior parte dell'umanità potessero incontrarsi... noi indigeni riteniamo di aver diritto alla nostra parte di scienza e tecnologia. Io, per esempio giro sempre con il mio piccolo computer portatile sotto il braccio: sono maya, la mia cultura è maya, ma mi servo del computer per il mio lavoro".

Ora anche bambini e donne brasiliane delle favelas potranno farlo. Come Josefa, prima allieva di Baggio, che vende frittelle e biscotti per vivere: sapeva solo scrivere il suo nome, ora stampa volantini pubblicitari per la sua piccola attività.

Francesca Siracusano

La lettera di Francesca Siracusano ci consente una piccola divagazione sul tema che ci sta particolarmente a cuore: l'utilizzo delle tecnologie avanzate per i progetti collaborativi con il terzo mondo. Se è vero infatti che esiste un divario tecnologico enorme per il quale dall'alfabetizzazione informatica restano esclusi tutti i paesi poveri esiste un altrettanto grave divario tra l'utilizzo delle tecnologie informatiche e telematiche per usi di guerra e per usi collaborativi. Non è difficile leggere di avveniristici collegamenti telematici che consentono alle truppe "in missione" (prevalentemente USA) di avvalersi di consulenze on line nei posti più remoti del mondo, meno si conosce di altrettanto avveniristiche iniziative di collaborazione internazionale per fini umanitari. Un vecchio numero di The Lancet tratta questo tema con la consueta competenza sviluppata dal comitato editoriale

della rivista sull'argomento: il numero di The Lancet del 3 ottobre 1998. Un anno, in termini telematici, corrisponde a un secolo eppure quel numero offre ancora spunti estremamente interessanti sullo sviluppo della rete in funzione delle esigenze dei paesi in via di sviluppo. L'editoriale del numero è dedicato ai pericoli e alle possibilità della medicina elettronica, ma gli argomenti più interessanti sono trattati nel supplemento.

Tra questi uno in particolare: "Health information in the developing world" informa con puntualità e chiarezza sugli sviluppi possibili grazie alle iniziative di alcune Organizzazioni internazionali non profit (prima fra tutte: SatelLife); il problema fondamentale dei paesi in via di sviluppo che li porta all'esclusione da qualsiasi iniziativa intranet di gemellaggio con strutture dei paesi ricchi è l'attuale stato della rete telefonica, assolutamente fatiscente e non in grado di reggere le attuali esigenze Net.

SatelLife sta avviando dei progetti intranet che utilizzano il satellitare per la connessione. La risposta è estremamente intelligente e accorta sul piano della valutazione costi/benefici.

Attualmente, per fare un esempio, il kit che consente la connessione satellitare è in vendita nel mercato italiano a circa 1.200.000 lire italiane. Su internet il kit è disponibile a prezzi ben più economici (tra 400.000 e 600.000 lire). Bisogna poi aggiungere il costo dell'abbonamento annuale che, sempre nel mercato italiano è di circa 1.200.000 lire per un'ora di connessione giornaliera. SatelLife ha lanciato un proprio satellite e offrirà alle organizzazioni non profit il collegamento al proprio satellite in cambio di progetti intranet con i paesi in via di sviluppo; c'è materiale di riflessione per tutti, anche per l'ACP. Senza risolvere il problema della comunicazione, a nulla varranno iniziative come quelle di alcune riviste scientifiche internazionali che stanno dedicando moltissimo allo sviluppo di siti dedicati alle esigenze di salute del terzo mondo. Pensarci è alla portata di tutti noi, ben più di permettere la distribuzione di improbabili computer e di improbabili lezioni sull'ultimo sistema operativo di mister Microsoft.

s. f.

Ancora sui DRG

Vorrei tornare sulla risposta di Biasini alla lettera del collega Ceccherini (*Quaderni acp 1999;1:36*) nella quale si afferma che per gli ospedali delle AUSL non esiste alcun vero interesse economico (o meglio, un interesse assai limitato quantificato in un 10% degli introiti) ad accumulare DRG redditizi, poiché il finanziamento agli ospedali delle AUSL non deriva dai DRG, ma dalle quote capitarie che provengono dalla Regione di competenza. Mi chiedo: se è così, come mai è successo, ed è proliferato, questo accanimento nell'ottenere sempre maggiori punteggi in tutti gli ospedali? È possibile che sia solo disinformazione? Ma poi da parte di chi? Dei manager? (l'esempio calabrese che si cita è forse occasionale o unico?) Dei medici ospedalieri? Di chi altro?

Enzo Mattina

Non possiamo che ripetere quanto, anche in disaccordo con illustri pediatri, abbiamo detto in questi anni. Che tutti i sistemi di pagamento finora tentati (quelli vecchi e quelli nuovi) sono egualmente buoni e cattivi secondo come vengono applicati. Siamo stati "consolati" recentemente da un autore che sempre è stato estremamente critico nei confronti dei DRG, Alberto Donzelli. Sul numero di Agenzia Sanitaria Italiana del 21-27 maggio 1999 Donzelli distingue i modelli di pagamento in due classi:

1. quelli che pagano la malattia e per i quali la maggiore ricchezza, specialmente negli ospedali scorporati, sono i malati con i conseguenti DRG.

2. quelli che pagano la salute, e che dovrebbero essere propri delle AUSL territoriali. Queste sono finanziate a quota capitaria (e mai a DRG, come le Aziende Ospedaliere).

Nel primo caso, a chi deve incassare le tariffe la prevenzione non conviene, e se non ci sono abbastanza malati o malati abbastanza gravi bisogna inventarli, magari con qualche trucco.

Nel secondo caso, le Aziende sono interessate a promuovere la salute, e quindi a pagare meno tariffe e tariffe meno pesanti a quelle Aziende che curano gli assistiti



residenti nella loro area. Ma queste ultime, le Aziende USL intendiamo, sono anche interessate a ridurre i costi nei presidi ospedalieri direttamente gestiti, e ad utilizzare, per questi, il metodo budgetario, ma non a contare i DRG sulla groppa dei loro medici; proprio per evitare di produrre loro stessi e poi di "pagare la malattia". Come lei può vedere la differenziazione operata è proprio quella che abbiamo fatto noi nella risposta a Ceccherini differenziando l'interesse delle AUSL (dove sono collocate la maggior parte delle Pediatrie) da quelle Ospedaliere. Quanto a sapere se l'esempio calabrese sia unico non possiamo soddisfarla pienamente, ma conosciamo non pochi direttori generali di AUSL che non gioiscono affatto nel vedere aumentati i ricoveri nei loro ospedali; e sappiamo che ci sono regioni che hanno fissato per le AUSL obiettivi di consistente riduzione dei tassi di ospedalizzazione, cosa che ci sembra confliggere con la politica delle tariffe. Alla domanda più interessante "chi ha cominciato" a contare i DRG non sappiamo cosa rispondere. Sappiamo però che alla base c'è stata una certa disinformazione in fatto di gestione delle risorse.

g.c. b.

PS. Per obbedire al vizio italiano di allargare il discorso: a lei (se non sbaglio medico ospedaliero) sembra che le modalità di compensazione a tariffa siano una novità in Italia? Il sistema di "incentivazioni alla produttività", che ha portato molto denaro nelle tasche degli ospedalieri, per lo meno del Nord, è sempre stato basato non sugli esiti e sui risultati ottenuti, ma sulla quantità di prestazioni prodotte (quanto utili?). E, in fondo, la libera professione intramuraria, così enfatizzata dal Ministro, che altro è se non "prodotto"?

Come essere pediatri

Da qualche tempo assistiamo alla elaborazione di proposte sul *come essere* della pediatria di base, quali quelle di Calia e Nuzzo, che (specie quella di Nuzzo) mi sembrano difficili da realizzare, se non si risolve il problema del rapporto medico-

paziente. Se c'è caduta d'immagine del pediatra di famiglia (Calia), la responsabilità è nostra: non del SSN, né dell'ASL, né del paziente. Io credo che le esigenze dell'Uomo concernenti il suo stato di salute siano state e saranno sempre le stesse. L'Uomo avrà sempre bisogno di una figura cui rivolgersi, anche per problemi che ci sembrano banali: "Minimi", dice Nuzzo, ma per Lui importanti; perché l'Uomo, anche se padrone del mondo, rimane fragile, vulnerabile, indifeso. La figura di superpediatra, disegnata da Nuzzo, dovrebbe avere una cultura e una capacità organizzativa che probabilmente non avrà mai; dovrebbe collocarsi necessariamente accanto alla figura del pediatra di famiglia, cui il paziente si rivolge non solo perché le medicine sono gratis (come dice Nuzzo), ma perché vuole essere guardato negli occhi. Noi abbiamo intelligenza, forza morale, cultura, per cambiare da soli, senza le direttive di qualcuno. Se la mamma porta il figlio per il raffreddore, facciamo l'Ortolani una prima, una seconda, una terza, una quarta volta, controlliamo il piede piatto, la scoliosi, escludiamo celiachia, FC, ambliopia, fimosi e via così, perché ci sfugga il minor numero di problemi; se questi non ci sono, non tralasciamo di dare al paziente la sicurezza. E se pensiamo di avere fatto tutto, dialoghiamo, perché questo è importante quanto visitare: perché crea e consolida un rapporto di stima, amicizia e fiducia.

Impariamo a riconoscere i bisogni del paziente, ricordando che essere Medico non significa essere "operatore sanitario", ma essere Uomo, e che il paziente non è solo "utente" ma soprattutto Uomo. Non vedo altre strade per migliorarci.

Angelo Spataro

Nati per leggere

È da molti anni che leggo a mia figlia prima che prenda sonno; anzi, è il nostro modo di stare un po' insieme legati dal fantastico, visto il tempo limitato che ho da dedicarle (solo la sera!). Sono rimasto colpito dall'articolo di "Repubblica" in cui il tema della lettura a voce alta veniva posto all'attenzione del pubblico nell'ulti-

mo Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri. Vista la nostra esperienza davvero positiva, e data la nostra passione per la lettura, sarebbe piacevole che su questo tema voi poteste dedicare uno spazio, magari con riferimento alle considerazioni emerse al Congresso. Anche questo potrebbe essere utile per evitare il sovraccarico di TV a tutti, in casa, e per riscoprire il gusto della recitazione. Potrei avere l'indirizzo di qualcuno dell'Associazione con cui parlare?

Giuseppe Rinaldi

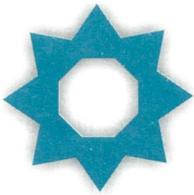
Questa lettera ci è stata passata da Pediatria on line che ringraziamo. Il progetto "nati per leggere", di cui si è parlato al congresso di Assisi dell'ACP del novembre 1999 e che ha avuto un discreta risonanza nella stampa, è in fase di preparazione a cura dell'ACP stessa, del Centro Salute del Bambino e dell'Associazione Italiana delle Biblioteche. Oltre all'interessante esperienza del collega che gentilmente ci ha scritto, ci sono dati di letteratura secondo i quali la lettura ad alta voce ai bambini (della quale ci siamo occupati nel numero di aprile 1999 di Quaderni acp) fa parte del "capitale sociale". Pubblicheremo nei prossimi numeri un articolo che raccoglie i dati esistenti nella letteratura.

g.c. b.

Genova città sostenibile per i bambini

Sul numero di agosto di *Quaderni acp* è pubblicata una rassegna sulle iniziative urbanistiche a favore dei bambini. Per completezza di informazione, vorrei comunicare ai lettori che nel 1995 a Genova, in collaborazione con la Cité des enfants (situata nella Cité des Sciences et de l'Industrie, La Villette, Parigi), è stata istituita la "Città dei bambini", che comprende anche una bella biblioteca per ragazzi. Fra le diverse manifestazioni, alcune avranno lo scopo di promuovere l'integrazione fra bambini con handicap e i loro coetanei.

Paolo Durand



Media
Alert

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 35

Hanno scoperto il bullismo

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

“Decenni” che importunano, picchiano, rubano. Una novità? I giornali italiani hanno scoperto il “bullismo”! In questo campo ci sono numerosi dati di letteratura scientifica e di ricerca; se n’è parlato anche in congressi dell’ACP, non ci sembrava una novità così grande. Eppure la stampa italiana lo ha trattato come se fosse un problema drammatico e di nuova presentazione.

La collezione del BMJ è piena di articoli sul bullismo, ma abbiamo avuto l'impressione che la stampa italiana, così rapida ad occuparsi delle presunte morti da influenza o di malasanità, non lo sappia. Ci sembra che un radicalismo provincialismo sia emerso nel pieno del suo essere. Il bullismo è un fenomeno ormai diffuso in tutto il mondo, espresso bene da una definizione di Olweus: si tratta di *“una violenza intenzionale e che non nasce in risposta a provocazioni, che si verifica in ripetute occasioni, da parte di un ragazzo, o di un gruppo di ragazzi per cagionare danno ad un altro coetaneo”*.

Il più comune ed iniziale episodio di bullismo, riportato da AA australiani, ma anche da AA inglesi e norvegesi, è l'aggressione verbale (1). Ci sono delle stime abbastanza concordanti del fenomeno: a Londra e nello Yorkshire il 21- 22% dei ragazzi è stato vittima di episodi di bullismo ed il 17% ha fatto bullismo (2); più frequentemente si tratta di maschi, meno di femmine. Altri studi rilevano dimensioni più ridotte del fenomeno: 4.2% di bullismo passivo, cioè di aggressioni subite, e 3.4% di bullismo attivo (1,3). Si tratta di ragazzi che più frequentemente vanno male a scuola o l'hanno abbandonata e che si danno a comportamenti nocivi per la salute, come fumo e alcool. Una ricerca recente (4) ha cercato di individuare l'associazione fra bullismo e problemi di salute psicologica e psicosomatica in 3.918 bambini (6-10 anni) delle scuole australiane del New South Wales. Quasi il 25% dei bambini ha avuto un comportamento da bullo, il 12.7% era stato vittima, aggredito in varie maniere, il 21% ha manifestato comportamento da bullo ed è stato esso stesso oggetto di atti di bullismo. Solo il 42.4% non si era comportato da bullo né era stato aggredito. Un fenomeno quasi di massa?

Il bullismo attivo si associava significativamente a sintomi psicosomatici: i bulli erano più tristi a scuola e, decisamente, non l'amavano; gli aggrediti frequentavano la scuola con maggiore interesse, ma quelli che avevano più problemi erano i bulli attivi e contemporaneamente aggrediti.

A carico delle vittime sono state spesso ripor-

tate (4), oltre al danno economico, quando c'è, conseguenze di non scarso rilievo: insicurezza, ansietà, scarsa autostima, disturbi del sonno, enuresi, cefalee e dolori addominali, depressione ed assenze da scuola per paura.

Anche il rischio di suicidio è stato riscontrato con maggiore frequenza. Uno studio recente (5), condotto in Finlandia, ha cercato di definire l'associazione fra bullismo, depressione ed idee di suicidio in 16.410 adolescenti tra 14 e 16 anni. È stato rilevato un aumento significativo di sintomi depressivi sia fra i bulli che fra le vittime ed un aumento di idee suicide (OR 4) fra i bulli: in ambedue i gruppi è significativo, quindi, il bisogno di interventi psicologici-psichiatrici. La sede più adatta per l'identificazione precoce del problema, e quindi per l'intervento, sembra essere la scuola anche se non sono descritte “azioni” specifiche. Il bullismo, insomma, sembra, secondo dati italiani (6) una delle più precoci componenti di un più generale comportamento antisociale che comincia nella scuola e continua nella vita da adulto. Questo sembra essere il dato più preoccupante: l'essere bulli da ragazzi è risultato associato con l'essere delinquenti o avere problemi mentali da adulti (5).

Un fenomeno noto e studiato, quindi, anche dal punto di vista epidemiologico, nient'affatto nuovo e di fronte al quale solo il provincialismo può essere capace di stupirsi invece di programmare interventi sul piano educativo e sociale. ■

Bibliografia

- (1) Righby Dimension of relation among Australian children *Child Aust* 1997;22:28
- (2) Williams K et al. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ* 1996;313:17
- (3) Salmon G. et al. Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children *BMJ* 1998;317:924
- (4) Forero R. et al. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales *BMJ* 1999;319:344
- (5) Kaltiala-Heino R. et al. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey *BMJ* 1999;319:348
- (6) Fonzi et al. Riconoscimento delle emozioni in bambini che fanno o subiscono violenza *Età Evolutiva* 1996;53:81

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

A Milano: informatica per il pediatra di famiglia

L'ACP Milano, in collaborazione con la sezione provinciale della FIMP, organizza corsi di informatica per il pediatra di famiglia. I pediatri del gruppo individuano nell'informatizzazione della propria attività un'iniziativa che, utilizzata sia per l'aggiornamento che per la gestione dell'ambulatorio, è destinata a migliorare la qualità del lavoro quotidiano.

Un questionario distribuito preliminarmente ai pediatri di Milano e provincia, ha permesso di raccogliere informazioni sulle esigenze e di vagliarne le conoscenze, per potere poi fare proposte formative differenziate. In base ai risultati emersi, i corsi saranno strutturati in tre moduli (di base, Internet, corso di aggiornamento all'uso di un programma di gestione dello studio pediatrico); ogni partecipante lavorerà singolarmente con un computer, con la guida di un docente e il supporto di un tutor. Ogni pediatra potrà prendere parte ad uno o più moduli. Un quarto corso, di livello più avanzato (uso di sistemi di database, editing grafico e fotografico) sarà attivato una volta che se ne sia verificata la reale esigenza da parte dei partecipanti. I corsi verranno avviati da Gennaio 2000.

fr. s.

A Verona: Consiglio direttivo dell'ACP

Si è riunito a Verona, l'undici dicembre scorso, il Consiglio Direttivo dell'ACP per la discussione degli obiettivi su cui lavorare nel corso dell'anno 2000. Ne diamo una breve sintesi.

La *formazione* è stata indicata come uno degli obiettivi prioritari. Le due iniziative avviate lo scorso anno, hanno prodotto un documento sulla formazione curriculare e uno sulla formazione permanente, presentati al Congresso di Assisi; saranno completate con l'elaborazione di un sistema di crediti formativi da applicare alle iniziative di aggiornamento e formazione organizzati dalla nostra associazione sia a livello nazionale sia dei gruppi locali. Queste proposte saranno inoltre discusse

e confrontate con quelle di altre associazioni pediatriche (FIMP, SIP).

In quest'ambito si collocano le iniziative di formazione che punteranno all'organizzazione di corsi di EBM e allo studio di linee-guida da applicare in pediatria. L'iniziativa "*Nati per leggere*", nata dalla collaborazione tra ACP e AIB (Associazione Italiana Biblioteche) avviata ad Assisi, che ha lo scopo di insegnare l'amore per il libro attraverso il gesto della lettura ad alta voce da parte di un adulto, verrà attuata dapprima attraverso un'iniziativa pilota condotta dalla sede di Palermo del CSB (Centro Salute del Bambino) e poi su tutto il territorio nazionale. Il lavoro svolto in ACP dalla *pediatria ospedaliera*, sui due aspetti organizzativo



e scientifico, ha prodotto dati di grande interesse, che saranno ulteriormente elaborati e approfonditi, e determineranno due nuovi filoni di ricerca.

La rivista dell'associazione, *Quaderni acp*, viene attualmente stampata in 5.500 copie, 3.000 destinate agli iscritti e 2.000 a non iscritti, distribuite a rotazione. Si è deciso di inserire nell'indirizzario di *Quaderni acp* gli specializzandi. I gruppi locali dovrebbero perciò segnalare indirizzi di specializzandi cui inviare la rivista in omaggio.

Inoltre si cercherà di dare maggiore risalto alle attività dei *gruppi locali*, sia con questa rubrica creata ad hoc, che con il sito Web, che si va arricchendo e potenziando. Si è discusso della necessità, emersa anche durante l'assemblea di Assisi, di attuare le norme statutarie e regolamentari in tema di *elezioni*.

Il *Congresso Nazionale* del 2000, che avrà luogo a Vicenza, avrà come filo con-

dotto "la frontiera del sapere; la priorità del fare"; si tratterà di un confronto tra innovazione e sviluppo telematico e tecnologico da un lato e priorità di risorse e interventi dall'altro. È stata riconfermata la mattinata del *forum dei gruppi*, per la quale si è avuta ad Assisi una buona partecipazione.

fr. s.

A Bassano un premio al gruppo ACP

Al Congresso di Assisi è stato premiato uno dei gruppi ACP. Il premio (assolutamente simbolico), consegnato dal Presidente Tamburlini nel corso della cena sociale, è stato assegnato al gruppo "Jacopo da Ponte di Bassano", "*per l'attività di formazione e ricerca svolte con spirito di promozione globale della salute del bambino e con un aperto confronto con altre professionalità che si occupano dell'infanzia*" che è poi lo spirito che permea da sempre le iniziative della nostra associazione.

fr. s.

Gruppi locali: un form unico dal duemila

A partire dal prossimo anno, il bollettino che riepiloga l'attività annuale dei gruppi, e che viene edito e distribuito in occasione del congresso nazionale, sarà redatto su un modulo unico. Questo permetterà la stesura di relazioni scritte in modo omogeneo per tutti in vista anche di una loro pubblicazione sul sito Web.

fr. s.



ausili didattici



all'interno:

- ***Leggere & fare***
L'errore in radiologia: entità e rimedi
Informazioni pratiche per persone pratiche
- ***Aggiornamento avanzato***
Il mercurio del Timerosal
- ***Informazioni per genitori e pazienti***
Vivere felici senza glutine
- ***Il caso che insegna***
Un bambino con una tumefazione mastoidea e seimila globuli bianchi
- ***Aggiornamento avanzato***
L'esperienza scolastica fattore protettivo nello sviluppo
- ***Bambini con bisogni speciali***
Fattori di successo e progetti sul rischio sociale
Una "chance" per novanta ragazzi senza scuola
- ***Il punto su***
La diagnosi per immagini nelle infezioni urinarie

L'errore in radiologia

Entità e rimedi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 38-39

Redazionale

La lettura di una immagine è più soggetta ad errori della interpretazione di un "numero" di un esame di laboratorio. È utile sapere perché, per aiutare chi deve leggere l'immagine.

La discordanza fra radiologi nelle interpretazione delle radiografie è notevole e talora ci pone in serio imbarazzo. *The Lancet* pubblica un editoriale su questo aspetto della professione del medico (*Lancet 1999;354:272*). Qual'è l'entità del problema? Studi autoptici hanno dimostrato che l'errore diagnostico nella interpretazione delle radiografie è abbastanza alto; circa il 30% dei casi di processi per colpa professionale, negli USA, avviene per errori radiografici (*AJR 1996;167:587*).

Il disaccordo fra radiologi su una stessa immagine si aggira intorno al 20%. Gli errori sono molto grandi in campo di tumori: per le mammografie si arriva al 75% di errori. In una sperimentazione condotta in un reparto di emergenza (*Br J Radiol 1999;72:323*) su 402 radiografie piane di scheletro, addome, torace, tre radiologi molto esperti hanno registrato un disaccordo nel 10% delle radiografie dello scheletro, nel 19% per il torace, nel 18% per l'addome; l'errore per ogni esaminatore si è registrato nel 3-6% dei casi.

Da che cosa dipende questa notevole quota di errori? Sostanzialmente da tre cause:

1. scarsa qualità delle immagini;
2. cattiva percezione che il radiologo ha delle immagini;
3. incompleta conoscenza della patologia cui si riferisce l'immagine.

Stranamente la causa numero 2 determina circa il 60% degli errori e fa trascurare talora aspetti radiografici ovvii.

Del resto è noto che la ricerca di immagini nascoste nelle riviste di enigmistica può risultare difficile ad una prima indagine, mentre poi - *conosciutane la sede* - risulta talmente ovvia da chiederci: "come abbiamo fatto a non vederla?".

L'errore di identificazione sulle radiografie è ancora più facile in quanto nelle figure enigmatiche si sa che l'immagine c'è, mentre

nelle radiografie l'immagine può esserci ma anche non esserci. Sembra, secondo gli psicologi del lavoro, che ci siano due modi per porsi di fronte ad un problema e quindi anche ad una immagine per interpretarla (*JAMA 1994;272:1851*):

- il primo è quello della "risposta automatica" ed è basato sulle capacità professionali acquisite e sull'esperienza;

- il secondo è quello della "risposta cosciente" basata sul ragionamento, ma anche sulla conoscenza della patologia (che può, peraltro, essere acquisita anche su quel caso e per la prima volta, consultando i trattati e le riviste). L'esperienza (cioè la acquisizione di capacità tramite il lavoro) va presa in grande considerazione perché ha grande importanza: nella identificazione di emorragie endocraniche alla TAC gli errori compiuti dai neuroradiologi sono molto inferiori a quelli dei neurologi e dei medici dell'emergenza (*JAMA 1998;279:1293*).

Gli errori dunque ci sono. Come è quindi possibile aiutare il radiologo a commetterne meno? Ci sono interventi individuali che riguardano il radiologo che legge, e di sistema che riguardano l'organizzazione della Unità Operativa in cui il radiologo opera.

Fra gli interventi individuali ricordiamo:

- il radiologo deve insistere per ottenere buone immagini dal personale tecnico e non deve cimentarsi su radiografie non buone per proiezione, carico eccessivo (radiografie "sfondate") o carico troppo scarso (radiografie "molliti"); in questi casi la radiografia va ripetuta;

- il radiologo deve ricordare che la seconda lettura o la revisione fra pari fa diminuire le probabilità di errori (*JAMA 1996;32:809*);

- il medico curante deve aiutarlo non avendo eccessiva fretta nell'ottenere un referto, specie se il caso è complesso;

- il confronto fra una serie di radiografie

ottenute nel tempo è essenziale ed il medico curante deve preoccuparsi di fare avere al radiologo tutto quanto è in suo possesso;

- il medico curante deve esporre nella sua richiesta i motivi per cui chiede l'esame e quali sono le sue ipotesi diagnostiche;

- deve tenere conto che il radiologo non visiterà il paziente e per questo deve registrare anche la sintomatologia e le eventuali sedi del dolore o della massa (se ci sono), in modo che il radiologo possa concentrarsi su quel punto e magari controllarlo clinicamente.

Fra gli interventi di sistema ricordiamo:

- le possibilità di errore dipendono anche da cattive immagini e quindi deve essere formato buon personale tecnico;

- la formazione tecnica di questo deve avvenire specialmente sulle posizioni corrette del paziente e su protocolli di scanning corretti ed adeguati all'età ed al peso del paziente: questo è un problema di grande rilevanza quando si opera su bambini. ■

ASMA

L'allattamento al seno la previene?

s. c.n.

Obiettivi Valutare l'associazione tra la durata dell'allattamento materno esclusivo e lo sviluppo di sintomi correlati all'asma fino all'età di 6 anni.

Setting Ospedale di Perth (Australia).

Metodi Studio prospettico su una coorte di bambini nati all'ospedale di Perth seguiti sino all'età di 6 anni.

I genitori compilavano un questionario alla nascita, al compimento del primo e del sesto anno di vita e tenevano un diario sulla salute del bambino nel corso del primo anno di vita. Sono stati ottenuti i questionari di 2.187 bambini (l'84.1% dei disponibili al follow-up); il 61.4% è stato sottoposto a prick test.

Le principali misure di esito valutate sono state l'asma o l'atopia a 6 anni di età in rapporto alla durata dell'allattamento materno esclusivo, applicando nell'analisi dei dati il modello della regressione logistica.

Risultati Dopo l'aggiustamento per i fattori confondenti (sesso, età gestazionale, fumo passivo, età di ingresso all'asilo) l'introduzione di latte artificiale prima del 4° mese di vita è risultato un fattore di rischio per l'asma e l'atopia: asma diagnosticata dal medico (OR 1.25; IC 1.02-1.52); tre o più episodi di wheezing nel primo anno di vita (1.41; 1.14-1.76); wheezing nell'anno precedente (1.31; 1.05-1.64); disturbi del sonno dovuti al wheezing nell'anno precedente (1.42; 1.07-1.89); età di diagnosi dell'asma (1.22; 1.03-1.43); età del primo episodio di wheezing (1.36; 1.17-1.59); positività ai prick test per almeno un aeroallergene (1.30; 1.04-1.61).

Conclusioni Se l'allattamento materno esclusivo viene protratto per almeno 4 mesi il rischio di sviluppare l'asma si riduce in maniera significativa. I risultati sono importanti anche per la comprensione delle cause dell'asma e suggeriscono la necessità di ottimizzare gli interventi di salute pubblica per favorire la pratica dell'allattamento al seno.

Commento Precedenti ricerche avevano affrontato il problema.

Uno studio prospettico, con un follow-up fino a 17 anni, aveva evidenziato che l'allattamento materno esclusivo proteggeva dalle malattie atopiche sia nell'infanzia che nell'adolescenza (*Lancet* 1995; 346:1065).

Un altro, più numeroso, aveva dimostrato un effetto positivo dell'allattamento materno per almeno 15 settimane sui sintomi respiratori fino a 7 anni (*BMJ* 1998;316:21). Alcune ricerche, viceversa, non avevano dimostrato alcun effetto protettivo sia nei riguardi dell'asma che di altre manifestazioni di atopia (*Acta Paediatr* 1996;85:1047; *J Allergy Clin Immunol* 1996;51:139). Gran parte di tali studi hanno ricevuto critiche sul piano metodologico e sulla numerosità del campione;

questa ricerca, viceversa, è prospettica, i pazienti sono stati seguiti sin dalla nascita ed il campione è sufficientemente numeroso.

Una critica va mossa nei confronti della definizione di allattamento materno esclusivo. Già da parecchi anni l'OMS e l'Unicef (*WHO Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO, 1991 - WHO/UNICEF Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Geneva: WHO, 1993*) hanno dettato i criteri per la definizione delle varie modalità di allattamento con lo scopo principale di rendere confrontabili le popolazioni dei vari studi. Ciononostante la definizione di allattamento materno esclusivo utilizzata dagli autori (la non introduzione di latte artificiale) è diversa da quella "ufficiale" che prevede l'eventuale aggiunta solo di vitamine e sali minerali. È molto probabile, dunque, che la popolazione degli allattati esclusivamente al seno arruolata nello studio sia molto variegata e comprenda anche i bambini con allattamento predominante (anche succhi di frutta o soluzioni zuccherate in scarsa quantità) e parziale (aggiunta di latte artificiale o di cibi solidi). Questo certamente costituisce un limite non solo per la confrontabilità con altri studi, ma anche per l'attendibilità dei risultati visto che si discute dell'associazione con l'asma e quindi del rapporto con l'introduzione più o meno precoce di allergeni alimentari. Fino a quando non si rispetteranno i criteri standard di definizione (e fin quando perfino il *BMJ* pubblicherà lavori con tali limiti metodologici) non si potranno avere risposte "scientificamente" attendibili.

W. H. Oddy Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study *BMJ* 1999;319:815

Parole chiave Allattamento al seno, Atopia, Asma

Il mercurio del Timerosal

Giorgio Bartolozzi

Azienda ospedaliera "Meyer" Firenze - Direzione Scientifica

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 40-43

Negli ultimi sei mesi si è fatto un gran parlare del Timerosal nei vaccini. In realtà esso è stato sempre guardato con sospetto e da sempre è stato chiesto il suo allontanamento dalle diverse preparazioni. Le ragioni di questa richiesta sono cambiate nel tempo; quest'articolo le analizza tutte.

Il Timerosal (sinonimi: tiomersal, sodio etilmercurio tiosalicilato, mercurotiolato di sodio) viene usato come disinfettante cutaneo, come antibatterico nelle soluzioni delle lenti a contatto e nelle gocce oculari; è presente anche in alcuni dei cosiddetti "vaccini" per via orale (Lantigen B).

È un componente di quasi tutti i "veri" vaccini, usati comunemente per la profilassi delle malattie infettive. Fino a qualche mese fa l'accusa che veniva mossa al Timerosal (T) era quella d'indurre una reazione tipo ipersensibilità ritardata (2), che tuttavia non ha corrisposto che di rado alla comparsa di manifestazioni allergiche locali o generali di una certa entità.

Dal mese di luglio 1999 sono comparsi sulle principali pubblicazioni in USA (1,3,4,5,8) articoli richiamanti l'attenzione sui pericoli dei vaccini contenenti T, in quanto essi contengono una certa quantità di mercurio, spesso al di là di quella considerata tollerabile dall'organismo umano. Il mercurio contenuto nel T corrisponde a circa il 50% (per la precisione il 49.6%) del peso di quest'ultimo; il sodio timerfonato invece contiene il 45.5% di mercurio.

I punti da commentare a proposito del T possono essere così sintetizzati:

1. È necessario l'uso di un preservante all'interno dei vaccini?;
2. Se sì, ci sono sostituti disponibili al momento?
3. Qual'è la tossicologia del T?
4. Qual'è il rischio reale dell'esposizione al T contenuto nei vaccini?
5. Quali le decisioni adottate in USA?
6. Quali conseguenze ha avuto in USA la disponibilità di un vaccino contro l'epatite B senza T?
7. Qual'è il contenuto in T dei vaccini disponibili in Italia?
8. Cosa fare in Italia?

1. È necessario l'uso di un preservante all'interno dei vaccini?

Nel passato vi sono state molte tragedie in seguito alla contaminazione dei vaccini; disastri che hanno portato all'insorgenza di gravi infezioni fino alla morte. Da questo è nato l'uso corrente d'inserire in ogni fiala di vaccino un preservante per impedire l'attecchimento di agenti infettivi. Come vedremo, le singole Aziende produttrici di vaccini hanno aggiunto di frequente il T, in quantità diverse l'una dall'altra: l'aggiunta ai vaccini del T è iniziata dal 1930, quando è stato dimostrato che il T è efficace come battericida e come preventivo per impedire la contaminazione batterica, in particolar modo nei contenitori multidose.

2. Se sì, ci sono sostituti disponibili al momento?

L'aggiunta di antibiotici (in generale aminoglicosidi, come la neomicina, la kanamicina o altri) è stata scelta da alcune Aziende, ma, come sappiamo, questi antibiotici, anche a bassissime concentrazioni, possono indurre in alcuni rarissimi soggetti manifestazioni allergiche gravi, fino alla shock anafilattico. Altre soluzioni sono allo studio. Nelle preparazioni più recenti (vaccini tetra e pentavalenti), il T è stato tolto, senza aggiungere per ora altri preservanti, grazie all'uso di moderne tecniche di preparazione che permettono un'assoluta sterilità, tale da non necessitare dell'aggiunta di preservanti.

3. Qual'è la tossicologia del Timerosal?

A questo punto le cose si fanno difficili, perché non esistono riferimenti bibliografici precisi sulla tossicità diretta del Timerosal. Gli studi a disposizione dimostrano:

- una sua tossicità renale negli animali,
- una sua tossicità acuta per dosi elevate,
- non sembra essere cancerogeno, né teratogeno,

Per corrispondenza:
Giorgio Bartolozzi
E-mail: bartolozzi@unifi.it

- uno studio sulla somministrazione cronica dimostra che la patologia rilevante è a carico del sistema nervoso centrale e del rene, nel quale il mercurio si accumula in forma inorganica.

La dose massima sopportabile non è stabilita con sicurezza; *mancono dati o prove di un qualche pericolo, causato da un superamento dei livelli di esposizione in alcuni bambini, dopo l'esposizione alle correnti vaccinazioni. Infatti lattanti e bambini che abbiano ricevuto nel passato vaccini contenenti T non necessitano di essere studiati per dosare i livelli di mercurio, né nel sangue, né nelle urine, né nei capelli.*

La tossicità del T dipende da diversi fattori: la forma chimica (elemento, sale inorganico o composti organici, come il metil-mercurio, l'etilmercurio e il fenilmercurio), la via di assunzione, la dose e ovviamente il rapporto dose/peso, nonché l'età al momento dell'esposizione.

La soglia giornaliera è difficile da stabilire, anche perché le Agenzie americane che si occupano del problema sono diverse:

- per gli standard: EPA (*Environmental Protection Agency*) e FDA (*Food and Drug Administration*),

- per le linee guida del contenuto di T nei vaccini: PHS (*Publish Health Service*) e AAP (*American Academy of Pediatrics*),

- per la tossicità in generale: l'ATSDR (*Agency for Toxic Substances and Disease Registry*) e l'USPHS (*United States Public Health Service*).

La soglia di sicurezza per l'esposizione cronica va, a seconda dell'Agenzia, da 0.1 a 0.4 µg/kg/die, riferita essenzialmente agli alimenti contenenti forme organiche di mercurio (pesci predatori soprattutto) e ad altre fonti ambientali.

Non sono al momento disponibili dati relativi all'effetto della somministrazione, in unica dose, di quantità analoghe a quelle contenute nei vaccini, effettuate a distanza l'una dall'altra e per via intramuscolare. È stato calcolato che in teoria, con l'uso dei vaccini routinari nei primi sei mesi di vita, viene assunta dal lattante una quantità di mercurio che va da 0 a 187 µg. D'altra parte è stato visto che l'aggiunta di T durante alcune fasi della preparazione di un vaccino, seguita dal suo allontanamento, permette di ridurre la

presenza della sostanza a livelli inferiori a 0.3 µg, livelli talmente bassi da considerare queste preparazioni allo stesso stregua di un vaccino non contenente Timerosal.

4. Qual'è il rischio reale dell'esposizione al T contenuto nei vaccini?

Probabilmente il rischio di una esposizione cumulativa ai vaccini contenenti il T nei primi mesi di vita, ammesso che esista, è molto piccolo.

Tuttavia il PHS e l'AAP, insieme ai fabbricanti di vaccini, sono d'accordo che i vaccini contenenti il T debbono essere allontanati dall'uso il prima possibile. Conclusioni simili sono state raggiunte di recente anche da Agenzie europee, dai fabbricanti europei di vaccini, insieme alla *Food and Drug Administration* (FDA). PHS e AAP stanno lavorando insieme per assicurare il prima possibile l'allontanamento dai vaccini del T, pur cercando di mantenere gli attuali elevati livelli di copertura vaccinale.

5. Quali le decisioni adottate in USA?

Queste sono state le decisioni prese in USA:

- una richiesta formale ai fabbricanti di vaccini per attuare un piano preciso per l'eliminazione del mercurio il prima possibile,

- un'analisi dei dati disponibili sull'argomento in una riunione pubblica,

- un'analisi accelerata dell'FDA sui criteri per concedere la licenza ai diversi prodotti da introdurre in commercio, per eliminare o ridurre il contenuto di mercurio in un vaccino,

- la necessità di fornire informazioni a medici e operatori sanitari per renderli capaci di comunicare efficacemente con

gruppi di genitori e di consumatori,

- il monitoraggio delle pratiche di vaccinazione dei futuri livelli d'immunizzazione, e delle malattie prevenibili con le vaccinazioni,

- studi per conoscere meglio i rischi e i benefici di questi provvedimenti sanitari.

Sia il PHS che l'AAP continuano a raccomandare che tutti i bambini siano comunque immunizzati contro le malattie indicate nel calendario ufficiale. Dato che i rischi di non vaccinare i bambini oltrepassano il rischio sconosciuto e di sicuro molto più piccolo, ammesso che effettivamente esista, di esposizione ai vaccini contenenti T, medici e genitori vanno incoraggiati a vaccinare tutti i lattanti. Medici e genitori possono trarre vantaggio dalla flessibilità all'interno delle indicazioni dell'attuale schedula per i lattanti nati da madri HBsAg negative, cioè di posporre la prima dose del vaccino contro l'epatite B dalla nascita (come veniva consigliato in USA) fino alla fine del 2° mese (inizialmente veniva indicata l'età di 6 mesi), se non sia disponibile un vaccino contro l'epatite B senza T; questa è proprio l'età alla quale in Italia cominciamo la vaccinazione contro l'epatite B nei figli di madre HBsAg negativa.

Finché il vaccino contro l'epatite B senza T non sia disponibile, i bambini pretermine nati da madri HBsAg negative debbono essere vaccinati non prima che essi abbiano superato il completamento dell'età gestazionale e un peso superiore ai 2.500 grammi. Nessun cambiamento invece nelle procedure immunitarie per i figli di madri HBsAg positive, o di cui non si sappia la sierologia, che debbono comunque essere vaccinati anche con vaccino contenente T, in mancanza di vaccini che ne siano sprovvisti.

6. Quali conseguenze ha avuto in USA la disponibilità di un vaccino contro l'epatite B senza T?

Il 27 agosto 1999 la Divisione Merck Vaccini (West Point, Pennsylvania) ha ricevuto l'approvazione dell'FDA



per introdurre in commercio il suo vaccino contro l'epatite B (Recombivax), senza l'aggiunta di preservanti (T). Anche la SmithKlein Beecham in un prossimo futuro introdurrà in commercio il suo vaccino (Engerix B) senza preservanti, che al momento (5 novembre 1999) è in attesa

della concessione per la commercializzazione.

Sulla base della disponibilità del vaccino contro l'epatite B, senza T, sono state emanate nuove raccomandazioni:

a) Per i neonati: dare la priorità ai vaccini contro l'epatite B non contenenti T in tutti

i neonati (così stabilisce la loro schedula vaccinale), ma soprattutto nei figli di madri HBsAg positive o di madri di cui si ignori la sierologia per l'HBV. Tuttavia, se non fosse disponibile il vaccino senza T, per questi bambini può essere usato il vaccino con Timerosal.

Tabella 1. Contenuto in Timerosal e in mercurio dei vaccini in commercio in Italia

Vaccini	Nome commerciale	Produttore	Timerosal µg/dose	Mercurio µg/dose
T	Anatetall	Chiron	50	25
	H-atetall	Nuovo ISM	50	25
	Imovax tetano	Pasteur Mérieux MSD	50	25
	Tanrix	SmithKline Beecham	quantità non precisata	quantità non precisata
	Tetatox	Berna	quantità non precisata	quantità non precisata
	Vaccino antitetanico ISI	ISI	50	25
DT	Anatoxal Di Te	Berna	50	25
	Diftetall	Chiron	50	25
	Ditanrix	SmithKline Beecham	quantità non precisata	quantità non precisata
	H-adiftetall	Nuovo ISM	50	25
	Imovax DT	Pasteur Mérieux MSD	50	25
	Vaccino difto-tetano ISI	ISI	50	25
DT	Anatoxal Di Te adulti	Berna	quantità non precisata	quantità non precisata
	Dif tet all adulti	Chiron	50	50
DTP	Anatoxal Di Te Per Berna	Berna	quantità non precisata	quantità non precisata
	Vaccino DTP ISI	ISI	50	25
DTPa	Infarix (DTPa)	SmithKlein Beecham	0	0
	Triacelluvax	Chiron	50	25
Pa	Acelluvax	Chiron	50**	25
DT+B	Primavax	Pasteur Mérieux MSD	quantità non precisata	quantità non precisata
DTPa+Hep B	Infarix Hep B	SmithKlein Beecham	0	0
DTPa+IPV+Hib	Cinquerix	SmithKlein Beecham	0	0
	Pentavax	Pasteur Mérieux MSD	tracce non dosabili*	tracce non dosabili*
Hep B	Engerix B pediatrico	SmithKlein Beecham	25	12.5
	Engerix B adulto	SmithKlein Beecham	50	25
	Recombivax pediatrico	Pasteur Mérieux MSD	25	12.5
	Recombivax adulto	Pasteur Mérieux MSD	50	25
Hep A	Epaxal Berna	Berna	quantità non precisata	quantità non precisata
	Havrix 720 (pediatrico) e 1.440 (adulto)	SmithKlein Beecham	0	0
	Vaqta bambini e adulti	Pasteur Mérieux MSD	0	0
Hep A+B	Twinrix	SmithKlein Beecham	0	0
Influenza	Tutti i vaccini antinfluenzali contengono Timerosal		50	25

*La scheda tecnica non lo menziona nella "Lista degli eccipienti", ma dichiara altresì che ne sono contenute tracce non dosabili alla voce "Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego".

**Erroneamente l'Informatore farmaceutico riporta 500 µg

b) *Per i lattanti di età inferiore ai 6 mesi:* anche in questi deve essere data la precedenza ai vaccini non contenenti T, ma quando questo tipo di vaccino non sia disponibile, i bambini ad alto rischio perinatale debbono completare la vaccinazione con tre dosi, entro i 6 mesi di età, eventualmente con vaccini contenenti Thimerosal. Per i figli di madri HBsAg negative e per i lattanti non appartenenti ai gruppi a rischio, vanno seguite le raccomandazioni già esposte (vedi punto 5) per l'uso dei vaccini contenenti T, se non sono disponibili i vaccini senza T. Questi gruppi di bambini possono completare la vaccinazione con tre dosi entro i 18 mesi.

c) *Per i lattanti di oltre 6 mesi di età, bambini, adolescenti e adulti:* si può continuare a usare il vaccino contenente Thimerosal.

Nel più recente richiamo sul T, comparso sull'MMWR nel novembre 1999, è scritto a chiare lettere "i vaccini contro l'epatite B, il vaccino contro DTP e altri che contengono T come conservante possono continuare a essere usati nella vaccinazione routinaria dei lattanti a partire dall'età di due mesi, insieme ai vaccini monovalenti o combinati che non contengono T".

7. Qual'è il contenuto in T dei vaccini disponibili in Italia?

Venuti a conoscenza della potenziale pericolosità del T, i pediatri italiani hanno cercato di conoscere la concentrazione di T nei vaccini in commercio in Italia.

La dottoressa Luisella Grandori di Modena ha approntato l'utilissima **tabella 1** nella quale sono riportati i contenuti di T e di mercurio per dose. La tabella è stata modificata e integrata con tutti i vaccini a disposizione in Italia, mentre era stata pre-



parata solo con i vaccini in uso presso la USL di Modena. I vaccini contro la polio (OPV e IPV), contro morbillo, parotite e rosolia (sia MPR che monocomponenti), pneumococco (23 valente), meningococco, tifo (attenuato, antigene Vi), varicella, non lo contengono.

8. Cosa fare in Italia?

Se trasportiamo le decisioni delle autorità sanitarie dell'America del nord nel nostro Paese possiamo con sicurezza affermare che in Italia non esiste al momento nessun pericolo reale, né alcun evidente motivo di allarme. In fondo, con i vaccini che abbiamo a disposizione, le normative riportate per gli USA non modificano che marginalmente il nostro comportamento quotidiano.

Tuttavia non possiamo che confermare la necessità di eliminare il mercurio dai nostri vaccini in via cautelativa, in attesa di saperne di più sulla sua dose massima. La disponibilità dei recenti vaccini combinati (tetra e pentavalenti), che molto opportunamente sono stati preparati senza T, semplifica la nostra attività preventiva. D'altra parte l'inizio della vaccinazione con il vaccino contro l'epatite B alla fine del 2° mese è liberatoria, anche se siamo per ora costretti a usare vaccini contenenti T. Per noi il problema è limitato ai figli di madri HBsAg positive e di madri di cui non si conosca la sierologia, che richiedono di essere vaccinati alla nascita, nonché ai nati con basso peso alla nascita, che possono essere vaccinati solo quando abbiamo raggiunto il peso di 2.5 kg. Per i primi le stesse autorità sanitarie USA hanno stabilito che il rapporto rischio/beneficio è nettamente a favore della vaccinazione per cui in attesa, dei nuovi vaccini, possiamo continuare a usare quelli attualmente a disposizione, contenenti Thimerosal.

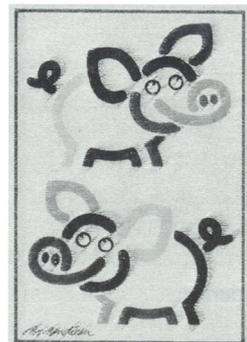
Per i bambini di peso molto basso alla nascita è possibile che non raggiungano i 2.5 kg alla fine del secondo mese: per questi sarà necessario attendere finché non abbiano raggiunto il peso sopra riportato. E ora un'ultima considerazione: *quanto tempo ci vorrà perché le Aziende che producono i vaccini senza T, li mettano a disposizione in Italia?*

Tutti i pediatri e tutti gli operatori della

Sanità pubblica si augurano che questo tempo sia il più breve possibile. Tutti i vaccini contro l'influenza contengono T, tuttavia, poiché l'indicazione alla vaccinazione riguarda solo i soggetti a rischio, in età superiore ai 6 mesi, non esiste alcuna controindicazione al loro uso. ■

Bibliografia

- (1) American Academy of Pediatrics - Committee on Infectious Diseases and Committee on Environmental Health Thimerosal in vaccines: an interim report to clinicians *Pediatrics* 1999;104:570
- (2) Bartolozzi G, Longo G Thimerosal, allergia all'aspirina e vaccini *Medico e Bambino* 1996;15:115
- (3) Centers for Disease Control and Prevention Thimerosal in vaccines: a Joint Statement of the American Academy of Pediatrics and the Public Health Services *MMWR* 1999;48:563
- (4) Centers for Disease Control and Prevention Availability of hepatitis B vaccine that does not contain thimerosal as a preservative *MMWR* 1999;48:780
- (5) Centers for Disease Control and Prevention Recommendations regarding the use of vaccines that contain thimerosal as a preservative *MMWR* 1999;48:996
- (6) Davidson PW, Myers GJ, Cox C et al. Effects of prenatal and postnatal methylmercury exposure from fish consumption on neurodevelopment: outcomes at 66 months of age in the Seychelles Child Development Study *JAMA* 1998;280:701
- (7) Grandjean P, Weihe P, White RF, Debes F Cognitive performance of children prenatally exposed to "safe" levels of methylmercury *Environ Res* 1998;77:165
- (8) Halsey NA Limiting infant exposure to thimerosal in vaccines and other sources of mercury *JAMA* 1999;282:169
- (9) Joint Statement of the American Academy of Pediatrics (AAP) and the United States Public Health Service (USPHS) *Pediatrics* 1999;104:568
- (10) Pless R Thimerosal Workshop, National Vaccine Program Office Bethesda, 11-12 agosto 1999



Vivere felici senza glutine

Luigi Greco

Dipartimento di Pediatria - Università "Federico II", Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 44-45

Per i celiaci acquistare e mangiare alimenti sicuri a volte può rappresentare un vero dramma, per l'incubo di potere assumere "tracce tossiche di glutine"; il messaggio dell'autore è indirizzato a ridimensionare tale paura e a orientare la dieta di tutta la famiglia verso un'alimentazione semplice e naturale.

Negli ultimi vent'anni vi è stato un fiorire di indicazioni, talora contrastanti, su cosa dovessero mangiare i soggetti intolleranti al glutine: queste indicazioni hanno dato un aiuto sostanziale a curare i danni indotti dal glutine, ma, per la grande varietà della produzione commerciale di alimenti, è stato materialmente impossibile preparare liste e formulari adeguati al tipo di distribuzione variegata su tutto il territorio nazionale. La grande paura è stata non il contenuto reale in farine o amidi contenenti glutine, ma la possibilità di una contaminazione minima: *la traccia di glutine*. Questo terrore, come ogni paura irrazionale, ha generato enorme angoscia nei pazienti e nelle loro famiglie, fino a stimolare un fanatismo che ha causato molti più danni della malattia stessa. Tanti pazienti, pur in buona salute, hanno sofferto un vero handicap psichico, per essere impediti a frequentare luoghi sociali, ristoranti, luoghi di vacanze. Si è giunti al fanatismo di portarsi in giro la propria tovaglietta, le posate, le pentole separate: un grave danno all'equilibrio degli intolleranti al glutine. Si è, infatti, trasformata *una prescrizione positiva*, MANGIARE MEGLIO SENZA GLUTINE, in una persecuzione quotidiana fatta di NON FARE, NON MANGIARE, TEMERE, SOSPETTARE!

Basta così! Ora bisogna cambiare in base a semplici considerazioni.

Le tracce debbono essere qualcosa di misurabile e consistente, *non un timore*. In pratica vi sono limiti ben definiti dal Codex Alimentarius europeo (dello 0.3%), che sono decine di volte inferiori alle quantità di glutine capaci di dare una qualche sensibilità nel soggetto celiaco. La scelta *senza glutine* è positiva, non proibitiva, in quanto i prodotti senza glutine sono di qualità nutrizionale MIGLIORE di quelli con il glutine. Il fanatismo delle tracce di glutine ha già indotto varie centinaia di

celiaci adolescenti, perseguitati dalla paura della "traccia" nelle gomme masticanti o dalla necessità di avere un sol tipo di gelato o di patatine, ad abbandonare la dieta, che deve essere sì senza glutine, ma non può essere un'irrazionale condanna ad una vita difficile. Per capire quanto sia ridicolo il problema delle tracce di glutine, basta fare l'esempio dei farmaci: se una compressa di ASPRO contiene 500 milligrammi di Aspirina e 100 milligrammi di amido di frumento bisogna ingoiare 10 compresse di ASPRO per ingerire 1 grammo di amido, nel quale potranno essere presenti al massimo, come contaminazione, se l'amido è di cattiva qualità, circa 2.1 milligrammi di proteine, dei quali 1 milligrammo circa potrebbe essere composto da glutine. Quantità irrisoria, molte volte inferiore al minimo tollerabile, per la quale non è mai stata documentata alcuna sensibilità nei celiaci. Invece 10 compresse di ASPRO fanno molto male a qualsiasi individuo e provocano un avvelenamento da Aspirina. In pratica non vi sono farmaci che, alle dosi terapeutiche, forniscano quantità rilevanti di glutine. Stesso discorso per gli oli di semi (in cui la possibile contaminazione dell'olio di germe di grano è un evento del tutto improbabile) e per alcuni rischi di lavorazione di salumi.

In conclusione dobbiamo proporre ai celiaci una dieta salutare in positivo, non una dieta di proibizioni! Vi sono decine di migliaia di alimenti naturalmente senza glutine e poche decine con glutine, per questo un alimento va escluso quando vi siano ragionevoli dubbi che possa contenere glutine (anche come forte contaminazione), non *proibire tutto quello che non sta scritto sui libretti*, modo ridicolo scientificamente e pernicioso umanamente di *non curare* questi cittadini che hanno il sacrosanto diritto ad una vita sana e serena! Il glutine non è necessario alla nostra

Per corrispondenza:
Luigi Greco,
E-mail: ydongre@unina.it

alimentazione. Si tratta infatti solo della parte *collosa* del chicco di grano, costituita da una proteina povera, dal punto di vista nutrizionale, che è stata artificialmente amplificata per avere un impasto più coloso. La **DIETA SENZA GLUTINE** non è una dieta *per malati*, ma è un regime dietetico salutare per tutti, con alimenti più ricchi e digeribili di quelli tradizionali. Per digerire la pasta senza glutine il nostro stomaco impiega un'ora in meno di quanto è necessario per la pasta tradizionale. La risposta glicemica di questa pasta senza glutine è più prolungata che quella normale ed infine la pasta senza glutine causa molto meno fermentazione intestinale della pasta col glutine. È una pasta più leggera e più digeribile, con eguali calorie.

UNA PRESCRIZIONE SEMPLIFICATA

Sostituire la pasta con riso, risotti e minestre. Iniziare spesso il pasto dal secondo piatto con contorni. Sostituire il pane con patate e polenta.

Evitare pane, pasta, farine, dolci, biscotti di farina di frumento. Evitare orzo, segale, avena o alimenti con amido e malto (come la birra!).

I CELIACI E I FAMILIARI

POSSONO MANGIARE

Tutti i latticini, tutti i salumi (con un controllo sui soli würstel che possono contenere amido). Tutti i gelati (senza cialda, ovviamente). Tutte le patatine (fatte di sole patate). Tutti i sottoaceti. Tutti i sottolio. Tutte le pietanze di carne o di pesce. Tutti i legumi, le verdure e gli ortaggi. Tutta la frutta. Tutte le bevande (tranne birra e whisky).

LE ETICHETTE AIUTANO MOLTO

Sostanze pericolose sono:

- frumento, orzo, segale;
- farine di frumento, orzo, segale;
- amido, amido di frumento;
- malto (d'orzo).

Sostanze non pericolose sono:

- farine ed amido di riso, mais, soia, patate, castagne, miglio;
- grano saraceno;
- maltosio, maltitolo, maltodestrine;
- glutammato ed additivi vari;
- semi di guar, carrube, carragenani.

ALCUNI SNACK SIMPATICI

POP CORN A NON FINIRE!

BASTONCINI FRITTI (polenta tagliata a bastoncini e fritta).



SCAGLIOZZI (polenta tagliata a triangoli e fritta).

BAGAROZZI (tagliare la polenta a bastoncini, sovrapporre due bastoncini con in mezzo una fettina di mozzarella e prosciutto, passare alla piastra rovente).

PANELLE DI CECI (stemperare la farina di ceci in poca acqua per tre ore, mescolarla con poco aglio e prezzemolo tritati fini, stenderla sul retro di un piatto per fare un bel dischetto spalmato con una spatola o dorso di coltello, aspettare che un po' si secchi, staccarlo con la punta del coltello e passarlo in olio bollente; se volete dimagrire passatelo sulla piastra).

UNA RICETTA PER UNA PASTA MIRACOLOSA

FARINA DI RISO GLUTINOSO: 300 gr
AMIDO DI MAIS (MAIZENA): 150 gr

FECOLA DI PATATE: 150 gr

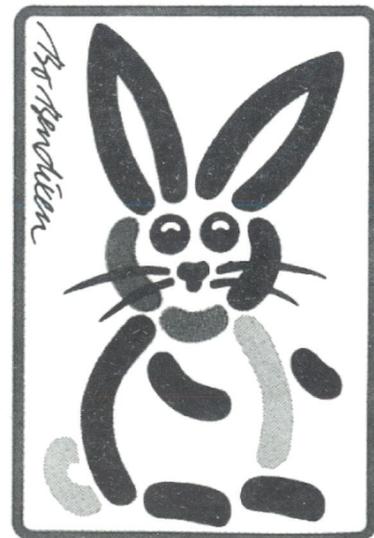
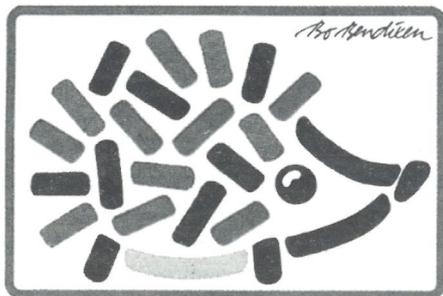
UOVA: 6

Il *riso glutinoso* è il riso thailandese lungo che *scuoce molto*, al contrario del nostro, e fa una bella pasta collosa. Si trova nei negozi di alimenti internazionali e per immigrati.

Impastare bene senza alcun liquido, se proprio volete cambiare aggiungete albume d'uovo (e meno uova). Stendere la pasta e tagliarla col coltello o con una macchinetta taglia pasta per fare tagliatelle non troppo fini. Metterla a seccare appesa su di un bastone per una notte. Poi conservare in scatola o vaschetta non ermetica. Si conserva come la normale pasta all'uovo secca per 3-4 mesi. Con lo stesso impasto si possono fare biscotti, aggiungendo zucchero, o, dopo aver lievitato con lievito senza glutine (Chimico, Eridania, Schar) si possono fare belle pizze o panini all'olio (aggiungendo 3-4 cucchiaini d'olio all'impasto).

RISCHIO DI CONTAMINAZIONI

La farina, in generale, si vede bene se rimane attaccata a qualche utensile, per evitare rischi basta cucinare in modo pulito. ■



Un bambino con una tumefazione mastoidea e seimila globuli bianchi

Cristina Milocco, Lia Gnemmi, Mauro Pocecco

U.O. di Pediatria e T.I. Neonatale Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 46-47

La mastoidite come complicanza dell'otite è un evento infrequente. Quando si presenta in un bambino apparentemente normale, nel quale l'otite è stata trattata correttamente e magari aggressivamente, c'è da pensare che sotto ci sia qualcosa.

La storia

A. M. è un bambino di quindici mesi, con un'anamnesi perinatale e remota non significativa, che presenta nell'arco di un mese quattro episodi ripetuti e ravvicinati di otite febbrile, trattati con diversi cicli di antibiotici (amoxicillina + ac. clavulanico, ceftibuten e cefetamet pivoxil) a dosaggio adeguato per un totale di venti giorni, con un successo solo transitorio e parziale. Viene ricoverato per la comparsa di dolore in sede mastoidea.

All'ingresso il bambino ha febbre alta e a destra si nota una tumefazione retroauricolare, calda, arrossata e dolente con lateropulsione del padiglione auricolare; il reperto otoscopico è caratterizzato da una membrana timpanica iperemica ed estroflessa. Il quadro clinico è insomma di un'otomastoidite. Gli indici di flogosi sono elevati (VES 121 mm/h; PCR 17 mg%) e in circolo ci sono solo 6.000 globuli bianchi/mmc con 400 neutrofili. La neutropenia è apparentemente isolata (piastrine 341.000/mmc; emoglobina 10.5g/dl), non era presente in occasione di un esame di routine eseguito nove mesi prima.

Il decorso

Viene iniziato un trattamento con ceftriaxone per via parenterale, alla dose di 100mg/Kg/die; il bambino sfebbra e il reperto otoscopico migliora. Dopo sette giorni si prescrive terapia con cefaclor per os, ma ricompare la febbre e si assiste ad un peggioramento del reperto otoscopico (presenza di versamento endotimpanico e membrana timpanica destra bombé). La neutropenia persiste (fra 200 e 400 neutrofili/mmc) e in decima giornata viene eseguito un aspirato midollare. Questo dimostra una cellularità elevata, con rapporto mielo-eritrocitario aumentato, cioè con una predominanza della serie mielocitica (rapporto M/E= 3:1) ed assenza di veri e propri bloc-

chi maturativi. Un passo avanti verso la diagnosi si fa con la determinazione degli anticorpi specifici anti-neutrofilo che sono positivi e con il riscontro di un aumento del rapporto delle sottopopolazioni linfocitarie CD4/CD8 pari a 3.4, come usualmente si osserva nelle malattie immuni.

Si inizia un trattamento con gammaglobuline e.v. ad alte dosi (1g/Kg/die per due giorni consecutivi) e si assiste alla risalita dei neutrofili fino a 3.200/mmc ed alla normalizzazione del reperto otoscopico.

A distanza di una settimana, però, i neutrofili scendono nuovamente a livelli di 500/mmc, per cui il bambino viene sottoposto ad una nuova infusione di gammaglobuline e.v. ed ancora una volta la conta dei neutrofili sale fino a 3.200/mmc. Successivamente il livello dei neutrofili viene mantenuto a livelli normali (>1.700/mmc) con un trattamento steroideo con betametasona alla dose di 0.2mg/kg/die. Dopo un mese e mezzo, in rapporto alla negativizzazione degli anticorpi anti-neutrofilo, la terapia steroidea viene sospesa ed al follow up, dopo tre mesi, i neutrofili sono 4.900/mmc e la clinica, il reperto otoscopico e gli indici di flogosi sono nella norma.

La diagnosi

La neutropenia autoimmune (NA) è la più comune forma di neutropenia acquisita del bambino, di età compresa tra 5 e 15 mesi, con una deplezione periferica di neutrofili ed uno speculare aumento della serie granulocitaria nel midollo; pressappoco come succede nelle iperplasie midollari eritroidi delle malattie emolitiche. Il 90% dei casi di NA si presentano entro il 14° mese. Le altre forme acquisite sono quelle legate a malattie autoimmuni o alloimmuni dovute a passaggio di anticorpi materni diretti contro i neutrofili del figlio; poi ci sono le neutropenie congenite.

Per corrispondenza:
Mauro Pocecco,
E-mail: mpocecco@ausl-cesena.emr.it

Usualmente questa forma di neutropenia è ben tollerata, ma talvolta, come nel nostro caso, può essere causa di infezioni anche gravi. La diagnosi di neutropenia autoimmune può essere sospettata sulla base del quadro midollare, contraddistinto da un'elevata cellularità, con rapporto mielo-eritrocitario aumentato ed assenza di blocchi maturativi. La presenza degli autoanticorpi specifici antineutrofilo è diagnostica, ma spesso questi anticorpi sono assenti. Risponde prontamente alla terapia con gammaglobuline ad alte dosi ed ha, se trattata, un'evoluzione nel lungo termine favorevole. Per tale motivo, nei casi gravi, anche solo di fronte ad una neutropenia probabilmente autoimmune, dev'essere presa in considerazione una terapia *ex adjuvantibus* con gammaglobuline e nel caso in cui, come nel nostro, la risposta sia solo transitoria, può essere indicato un tentativo terapeutico con steroidi per tempi protratti. Gli steroidi, specie nelle forme severe, non vanno mai usati in prima battuta, poiché il loro effetto non è mai rapido. In caso di non risposta alle gammaglobuline si dovranno considerare altre cause rare di neutropenia cronica dell'infanzia di pertinenza specialistica.

Commento

In questi ultimi anni abbiamo riscontrato un numero discreto di neutropenie di varia natura ed un discreto numero sono state riscontate dai pediatri di famiglia della nostra area. Certo non perché siano aumentate, ma perché l'ampia diffusione e l'automatizzazione dell'esame emocromocitometrico ha permesso di rilevare un numero più alto di casi rispetto al passato, quando l'esame veniva eseguito manualmente. La maggior parte di casi riscontrati sono stati senza sintomi e il reperto isolato di neutropenia in un bambino sano non ha posto problemi terapeutici ma solo di osservazione. Stavolta, invece, il caso che abbiamo dovuto affrontare ci ha indotti a costruire un percorso diagnostico dopo il primo trattamento antibiotico con il quale abbiamo ottenuto solo un transitorio successo.

Cosa abbiamo imparato

Partendo dal caso presentato, abbiamo imparato che di fronte ad un bambino tra 5

Vicenza, 13 - 15 ottobre 2000

XII CONGRESSO NAZIONALE ACP

"Le frontiere del sapere, le priorità del fare"

La parte principale del congresso è dedicata alla discussione di grandi temi che interessano la salute del bambino, mettendo a confronto gli avanzamenti della conoscenza, della tecnologia e le sperimentazioni e innovazioni organizzative con la consapevolezza dei bisogni da soddisfare, le reali possibilità di intervento efficace e quindi con le priorità. La discussione su ciascun tema verrà introdotta da due relatori di cui il primo avrà il compito di illustrare le "frontiere" e il secondo, appunto, le "priorità".

I temi prescelti sono:

- *Gli interventi di salute pubblica per il bambino*
- *Le cure neonatali*
- *Le malattie comuni*
- *Le malattie rare*
- *Le disabilità*
- *I disturbi del comportamento alimentare*
- *La formazione permanente*
- *La formazione curricolare*
- *La salute internazionale*
- *La pediatria di famiglia*
- *La pediatria ospedaliera*
- *La pediatria di comunità*

Sono previste inoltre due letture: una sulla medicina predittiva e una sulla formazione genitoriale. La presentazione e discussione delle candidature per il Presidente e per tre membri del Consiglio Direttivo ACP e l'Assemblea dei soci. La domenica mattina sarà dedicata al Forum dei gruppi locali (con presentazione di attività di formazione, ricerca ecc).

Quota d'iscrizione:

La quota di iscrizione è di lire 300.000 lire comprensiva della cena sociale, per i soci.

Comitato organizzatore:

ARP Vicenza

Comitato Scientifico:

Consiglio Direttivo ACP

e 15 mesi, con una storia di complicanza suppurativa di una malattia adeguatamente trattata e con una neutropenia certamente non congenita, per il rilievo di un precedente esame normale, si deve pensare ad una neutropenia autoimmune. Però è sempre necessario:

1. escludere una forma transitoria e di solito secondaria ad un'infezione virale e la cui durata è di circa 7-10 giorni dopo la fine della viremia (nel nostro caso la neutropenia non era transitoria);
2. accertare se si tratta di una citopenia isolata o allargata (malattie autoimmunitarie, difetti delle sottopopolazioni ecc.); la normalità della conta piastrinica e del livello dell'emoglobina sono elementi sufficienti a dirimere questo dubbio e non è dunque indispensabile eseguire un aspirato midollare per escludere forme con maggiore invasività;
3. ricercare la presenza di anticorpi antineutrofili che confermano la diagnosi (anche se la loro assenza non l'esclude);
4. effettuare comunque il trattamento con gammaglobuline ad alte dosi nei casi gravi e sospetti, come criterio *ex adjuvantibus*. ■

Bibliografia

- (1) Bux J, Behrens G, Jaeger G. et al. Diagnosis and clinical course of autoimmune neutropenia in infancy: analysis of 240 cases. *Blood* 1998;9:181
- (2) Neglia JP, Watterson J, Clay M et al. Autoimmune neutropenia of infancy and early childhood. *Pediatr. Hematol. Oncol.* 1999;4:369
- (3) Lyall EG, Lucas GF, Eden OB. Autoimmune neutropenia of infancy. *J. Clin. Pathol.* 1992;45:431
- (4) Mascarin M, Trovò MG, Ventura A. Gli anti-Rh (D): una efficace alternativa terapeutica nelle emocitopenie autoimmuni. *Ped. Med. Chir.* 1999;15:349



L'esperienza scolastica fattore protettivo nello sviluppo

Augusto Palmonari*, Rita Semprini**

*Professore Ordinario di Psicologia Sociale, Università di Bologna

**Psicologa, Bologna

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 48-51

Questa relazione è stata presentata al convegno "Star bene a scuola per andar bene a scuola", svoltosi a Cesenatico nel 1999. Le scienze dello sviluppo affrontano il problema del rischio e dei fattori protettivi? E ancora come tali fattori o situazioni possono agevolare od ostacolare i processi di sviluppo in età evolutiva?

Le scienze dello sviluppo considerano il processo di crescita come un percorso nel quale l'individuo si trova a dover affrontare e risolvere una successione di "compiti di sviluppo" per poter crescere in modo armonico dal punto di vista psicologico, sociale e mentale oltre che dal punto di vista fisico. Ciascuno, lungo il corso della vita, si trova di fronte a difficoltà che in qualche modo deve risolvere: se questo non avviene nei momenti pre-stabiliti (per esempio imparare a camminare, a parlare, a leggere, a mettersi in relazione col proprio mondo) tutto il complesso meccanismo di evoluzione della sua personalità viene rallentato.

Fattori di rischio e di resistenza

Queste difficoltà del crescere impegnano fortemente l'individuo, che ha bisogno di trovare dentro di sé e nell'ambiente in cui vive le risorse per fronteggiarle adeguatamente. Le possibilità di riuscita sono tanto più agevoli quanto più sono disponibili sistemi di sostegno sociale significativi che, specie per i più "deboli", possono costituire veri e propri fattori di protezione nel processo di sviluppo.

L'esperienza scolastica può costituire una forma di sostegno sociale fondamentale nella risoluzione dei compiti di sviluppo, non solo per i soggetti in grado di esprimere a pieno le proprie potenzialità, ma anche per coloro che si trovano in situazioni "atipiche" o di rischio.

La nozione di *rischio psicosociale* viene impiegata dagli studiosi dell'età evolutiva per indicare tutte quelle situazioni che possono distorcere o bloccare il "normale" processo di crescita. Tale nozione fa riferimento nello stesso tempo a fattori di diversa natura

(personali, familiari, materiali, culturali, sociali, affettivi, psicologici) in grado di determinare forme molteplici di patologia, disagio o disadattamento. Il danno evolutivo, solitamente, si verifica quando un potenziale fattore di rischio interagisce con altri, creando una spirale di causalità, e quando sono assenti, o scarse, le forze individuali o ambientali in grado di controbilanciare e ridurre gli effetti del rischio.

Nell'ultimo decennio l'orientamento degli studi sul *rischio psicosociale* in età evolutiva si è spostato sempre più dalla individuazione e definizione dei *fattori di rischio* alla comprensione dei *fattori di protezione*; si cerca cioè di capire che cosa permette a determinati individui "a rischio" di riuscire dove altri falliscono, al fine di individuare strategie utili per aiutare i soggetti in difficoltà, fornendo loro possibilità o risorse che altrimenti non avrebbero.

Uno degli ambiti disciplinari che si è particolarmente interessato a valorizzare i fattori protettivi è la Psicopatologia Evolutiva. Si tratta di una disciplina relativamente "giovane", che si è definita partendo dai limiti e dalle lacune presentati dalle scienze che si occupano dello sviluppo "normale" e "patologico" e che critica in particolare i modelli di classificazione psichiatrica in età evolutiva, basati su schemi nosologici statici e descrittivi, nonché i modelli causali di tipo deterministico utilizzati nelle ricerche sui fattori di rischio. Questi modelli, infatti, non considerano l'organismo in evoluzione, non tengono conto delle diverse modalità di espressione del disturbo, del significato del sintomo in relazione ai diversi momenti dello sviluppo e dei contesti sociali e relazio-

nali in cui sviluppano¹.

La Psicopatologia Evolutiva si propone una ridefinizione della psicopatologia in termini evolutivi attraverso modelli dinamici, capaci di cogliere la complessità dei processi evolutivi nell'intero ciclo di vita della persona, tenendo conto dei contesti specifici in cui l'individuo è inserito e delle relazioni sociali che caratterizzano tali contesti. In questa ottica si colloca anche una visione dinamica dei *fattori di rischio* e dei *fattori di protezione* centrata non sulle variabili di per sé, ma sui meccanismi e i processi complessi attraverso i quali tali fattori esercitano i loro effetti nel corso del tempo. Importante in questo senso è un filone della ricerca che si occupa di quegli individui che riescono a "resistere" ai rischi (*soggetti resilient*) e a sviluppare buone capacità di adattamento in condizioni particolarmente difficili. Le storie dei bambini che diventano adulti normali, a dispetto di tutte le previsioni negative, sono estremamente utili ai fini dell'elaborazione di strategie di intervento e di prevenzione in situazioni di rischio in quanto possono rivelare quali siano le risorse ambientali o le competenze in grado di controbilanciare una prognosi negativa.

Nel campo della ricerca sul rischio e i fattori protettivi esiste poco materiale sul ruolo delle esperienze scolastiche. I dati più interessanti provengono da due linee di ricerca sviluppatesi prevalentemente negli Stati Uniti e in Gran Bretagna:

- a) gli studi sulla "efficacia" delle scuole (*School Effectiveness Research*),
- b) gli studi sui bambini a rischio di fallimento scolastico.

L'efficacia delle scuole

Le ricerche sulla efficacia delle scuole nascono dall'esigenza di verificare se effettivamente la scolarizzazione influenzi il processo evolutivo delle persone, se esistano scuole più o meno efficaci in questo senso, e quali aspetti dell'esperienza scolastica abbiano eventualmente un ruolo centrale. Si tratta di studi comparativi in cui vengono selezionate diverse scuole dello stesso tipo; se ne confrontano le caratteristiche ed i risultati degli studenti in determinati periodi di tempo. L'analisi dei risultati è effettuata in modo da

tener conto del "profilo" degli alunni al momento dell'ingresso nella scuola: il quoziente intellettivo, il genere, il background familiare, il ceto sociale, l'appartenenza etnica.

Questi studi mostrano che i risultati degli studenti variano notevolmente da scuola a scuola, indipendentemente dal background personale. Si è visto che il tipo di scuola frequentata influenza non solo il rendimento scolastico, ma anche la valutazione di sé ed il comportamento degli studenti in classe e al di fuori della scuola. In questo ambito, Michael Rutter, uno psichiatra inglese già noto da tempo per le sue ricerche sul rischio, ha condotto una ricerca longitudinale durata tre anni con l'obiettivo specifico di verificare in che misura il successo o l'insuccesso scolastico fossero connessi alle caratteristiche organizzative e sociali delle scuole (vedi a proposito Carugati e Selleri, 1996). Sono state selezionate dodici scuole secondarie dello stesso tipo situate in quartieri svantaggiati di Londra e si sono seguiti per tre anni tutti gli alunni della terza classe (età di 14 anni al momento dell'inizio della ricerca). Le misurazioni per valutare l'efficacia delle scuole comprendevano una serie di variabili: comportamento degli alunni in classe, rendimento scolastico, assenze nel corso dell'anno, eventuali comportamenti devianti o delinquenziali fuori dalla scuola, risultato ottenuto agli esami al termine del ciclo scolastico ed inserimento lavorativo nel primo anno dopo la fine della scuola. Inoltre, è stata studiata, in maniera molto puntuale, l'organizzazione interna di ciascuna scuola presa in esame.

Gli AA, in base alle informazioni ottenute nei tre anni, hanno cercato di identificare le caratteristiche delle scuole risultate più efficaci.

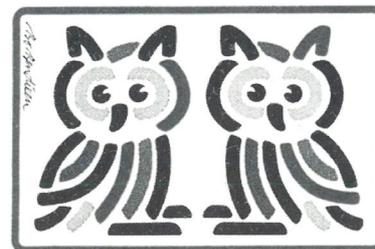
Si è visto che ottenevano risultati migliori le scuole:

- a) dove veniva valorizzata la capacità dei soggetti di lavorare attivamente per conto proprio,
- b) dove l'apprezzamento per il lavoro e l'impegno dei ragazzi veniva espresso pubblicamente davanti all'intera classe,
- c) dove le iniziative degli insegnanti tenevano conto o corrispondevano in qualche modo alle aspettative degli alunni rispetto

al valore dell'insegnamento. Inoltre, nelle scuole migliori:

- a) i docenti programmavano le loro attività in gruppo,
- b) il lavoro dei docenti veniva sottoposto alla supervisione di un responsabile,
- c) gli orari delle lezioni venivano rispettati,
- d) l'impegno dei docenti era rivolto al gruppo - classe anziché ai singoli soggetti,
- e) esisteva all'interno della scuola, per quanto riguarda la disciplina, un sistema di regole chiare, riconosciute, condivise e negoziate fra tutti, insegnanti e alunni,
- f) era garantita la partecipazione attiva alla vita della scuola dei ragazzi a cui erano assegnate responsabilità e compiti precisi e che erano coinvolti nelle decisioni da prendere.

Gli autori concludono che i risultati dei ragazzi dipendono dal tipo di scuola frequentata, intesa come sistema sociale, dove gruppi diversi di individui insieme negoziano e condividono sistemi di valori, regole e norme sociali della vita quotidiana. Sottolineano come ciò che caratterizza l'efficacia delle scuole sia un particolare "ethos" o "clima" nell'istituzione nel suo complesso, che favorisce il coinvolgimento e l'identificazione degli studenti con la scuola, sia attraverso l'assegnazione di responsabilità adeguate al loro livello di sviluppo e alle loro capacità, sia attraverso la possibilità di sperimentarsi competenti in qualche ambito, non necessariamente quello del rendimento.



Le scuole più efficaci - al contrario delle scuole meno efficaci - (Fig. 1) registravano percentuali più alte di presenze scolastiche, di comportamenti adeguati in classe e di soggetti che proseguivano gli studi fino al conseguimento del diploma superiore. Inoltre, le esperienze scolastiche

Fig. 1. Sequenze del percorso prodotto da scuole meno efficaci ed esperienze scolastiche negative. (2x e 5x indicano un aumento del rischio pari a due o cinque volte - Gray et al. 1980, in Rutter 1989)



positive influenzavano indirettamente anche la futura carriera lavorativa.

I bambini a rischio di fallimento

L'altro indirizzo di ricerca, focalizzato specificamente su gruppi di bambini a rischio appartenenti a strati sociali non privilegiati, studia gli effetti su di essi di determinate condizioni o programmi scolastici. In questo senso il materiale di studio più significativo proviene da una serie di progetti sperimentali americani, attuati negli ultimi anni di scuola materna, per favorire l'inserimento scolastico di bambini fortemente svantaggiati sul piano socio-educativo.

Queste ricerche sono particolarmente interessanti in quanto dimostrano come interventi educativi precoci possano modificare, in maniera sostanziale, il percorso evolutivo di determinati bambini, con notevoli vantaggi a lungo termine sia per i bambini stessi, sia per la comunità. Un progetto importante è il *Perry Preschool Program*, in cui i soggetti sono stati seguiti con uno studio longitudinale dall'età di tre-quattro anni fino ai diciannove anni. I risultati mostrano che - come tutti gli altri progetti prescolari - il pro-

gramma aveva effetti immediati notevoli sul piano intellettuale. Tale miglioramento, tuttavia, tendeva ad attenuarsi e dopo alcuni anni dalla fine del programma non c'erano più differenze nei valori di Q.I. fra il gruppo sperimentale ed il gruppo di controllo. C'erano però altri indici che rivelavano una persistenza di effetti positivi del programma a distanza di tempo ed al di là del contesto scolastico.

Rispetto al gruppo di controllo, i bambini che avevano seguito il programma presentavano livelli molto superiori di competenze generali all'interno della scuola:

- avevano meno probabilità di ripetere l'anno scolastico e di dover essere seguiti da un insegnante di sostegno,
- le madri si mostravano più soddisfatte dei successi dei propri bambini,
- i bambini stessi erano più motivati ad avere buoni risultati nel corso degli anni scolastici.

Il follow-up all'età di diciannove anni mostra che gli stessi ragazzi:

- avevano terminato le scuole superiori e conseguito il diploma,
- avevano trovato una occupazione in numero maggiore rispetto al gruppo di controllo.
- presentavano percentuali più basse di delinquenza e di comportamenti antisociali,
- ricevevano provvedimenti di tipo assistenziale da parte dei servizi sociali in numero inferiore,
- fra le ragazze, era più bassa la percentuale di gravidanze in adolescenza.

Per spiegare le differenze fra chi aveva partecipato al programma e chi no, i ricercatori hanno costruito un modello che

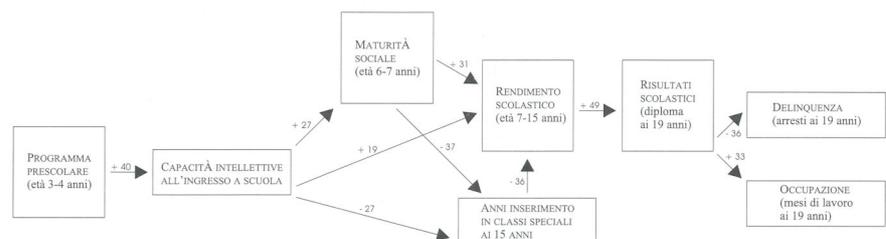
illustra le influenze reciproche e le interconnessioni fra le diverse variabili in gioco nel corso del tempo (Fig. 2.).

Si suppone che i vantaggi a lungo termine dell'intervento educativo precoce derivino non tanto da ciò che i bambini avevano appreso, ma dagli effetti indiretti che esso aveva prodotto sullo sviluppo della personalità e delle competenze sociali. In particolare, sembra che il programma prescolare abbia fornito ai ragazzi delle competenze che li rendevano "pronti" ad apprendere e ad affrontare il momento critico del passaggio al mondo della scuola. Sapevano adattarsi meglio alle regole della scuola ed avevano acquisito uno "stile" di comportamento e di lavoro che li portava al successo. Ciò creava atteggiamenti ed aspettative positive negli insegnanti e in famiglia, cosa che, a sua volta, aumentava la motivazione e l'impegno verso la scuola (*school commitment*) da parte degli alunni e la fiducia nelle proprie capacità.

Indicazioni interessanti sul valore della scuola come fattore protettivo sui soggetti a rischio psicosociale provengono anche da un importante studio longitudinale, condotto da Quinton e Rutter, su giovani madri a rischio di fallimento nelle funzioni genitoriali.

I risultati della ricerca mostrano che coloro che da adulti avevano esiti positivi sul piano delle competenze parentali e del funzionamento psicosociale in generale erano quelli che erano riusciti a pianificare le scelte importanti per la propria vita - come il matrimonio, la carriera, la nascita dei figli - e, quindi, a fare dei progetti per il proprio futuro e a portare avanti gli

Fig. 2. Modello causale degli effetti del Perry Preschool Program (Berruta-Clement et al., 1984 in Magnusson B., 1988)



obiettivi proposti. La capacità di pianificare era legata alle possibilità che avevano avuto di costruire una immagine positiva di sé e di sviluppare sentimenti di fiducia nelle proprie capacità. Nel caso specifico tale possibilità era connessa ad esperienze di qualsiasi tipo vissute all'interno del contesto scolastico, valutate dai soggetti stessi come positive. La scuola pertanto aveva dato a questi soggetti fortemente deprivati opportunità che altrimenti non avrebbero potuto avere, costituendosi come fattore protettivo fondamentale con effetti positivi a lungo termine. Questi dati mostrano come, anche di fronte a casi multiproblematici, la scuola possa attivare molteplici processi, come quello di autovalutazione e di adattamento sociale.

Emerge anche una considerazione relativa al significato che la scuola può avere nel sostenere il senso di appartenenza o di "cittadinanza" anche per soggetti che vivono in situazioni "atipiche" rispetto all'inserimento sociale.

Attualmente una linea di ricerca inglese sta mettendo a fuoco, in termini molto puntuali, questo aspetto: sembra che il tipo di rappresentazione che si ha delle regole sociali proprie del mondo istituzionale appartenga, per molti soggetti, allo stesso universo simbolico in cui è espresso il sistema delle regole che governano il mondo scolastico. Probabilmente, il tipo di atteggiamento che i soggetti assumono nei confronti delle regole scolastiche è la base grazie a cui definiscono un loro tipo di atteggiamento nei confronti delle regole sociali in senso più ampio. Perciò, se fino ad ora il problema scolastico è stato affrontato nei termini del come aiutare la maggior parte dei soggetti ad avere buoni risultati scolastici, oggi il problema deve essere affrontato tenendo conto che soggetti provenienti da esperienze scolastiche negative possono assumere nei confronti delle regole sociali atteggiamenti altrettanto negativi di quelli assunti nei confronti delle regole scolastiche. Pertanto, il motto di questo incontro: *Star bene a scuola per andar bene a scuola* potrebbe essere riformulato in termini ancora più esigenti, mettendo in risalto come lo star bene a scuola sia in qualche modo la base per potersi inserire nel contesto sociale in

termini produttivi e non soltanto in termini difensivi, vacuamente protestatari o, al limite, psicopatologici.

Note

¹A proposito dell'esigenza di nuovi sistemi di definizione della patologia psichiatrica nell'infanzia, si veda una ricerca epidemiologica di comunità condotta nella città di Bologna negli anni 1987-1988 (Loperfido e Rigon, 1994), impostata sul modello di uno studio di Rutter. Finalizzata a determinare il tasso di prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione infantile che frequenta la scuola dell'obbligo, la ricerca ha analizzato un campione di circa 2.900 alunni della prima e quarta classe elementare e della prima media di una U.S.L. di Bologna. Gli AA sottolineano la necessità di definire non solo strumenti di registrazione dei fenomeni clinici, ma anche strumenti di valutazione della loro entità e della dimensione e natura delle situazioni di rischio psicosociale presenti nella popolazione

Quaderni acp Informazioni utili

Tariffe di abbonamento

La tariffa di abbonamento per i non soci ACP è di Lit. 70.000 da versare sul c/c postale n° 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri, via Monteferru 6, 09070 Narbolia (OR). Nella causale del versamento deve essere specificato: "abbonamento a *Quaderni acp*". Nella quota di iscrizione annuale all'ACP è invece compreso l'abbonamento alla rivista.

Internet

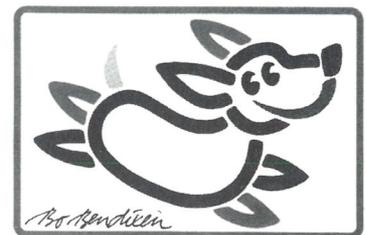
La rivista, a partire dal n° 1/1997 è disponibile su Internet all'URL: <http://www.acp.it> L'obiettivo più importante del sito internet è però di tipo associativo: tentare di consentire ai soci di interagire fra di loro perché tutti insieme si dia luogo ai progetti generali e speciali dell'associazione.

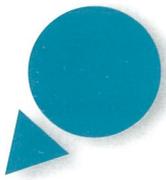
infantile, particolarmente rilevanti ai fini delle politiche di prevenzione dei Servizi.

A tale scopo gli AA fanno riferimento a metodologie di indagine già sperimentate in altri paesi che affiancano ricerche longitudinali agli studi epidemiologici, potenziandoli e completandoli. ■

Bibliografia

- (1) Carugati F.e Selleri P. Psicologia sociale dell'educazione *Il Mulino, Bologna 1996*
- (2) Emiliani F. Processi di crescita tra protezione e rischio in: Di Blasio P. (a cura di), *Contesti relazionali e processi di sviluppo Cortina, Milano 1995*
- (3) Loperfido E., Rigon G. Valutazione epicritica di una ricerca di prevalenza dei disturbi psichiatrici nella popolazione dell'obbligo scolastico *Giorn. Neuropsich. Età Evol. 1994;14:17*
- (4) Maughan B. School experiences as risk/protective factors in Rutter M., *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data Cambridge University Press, Cambridge 1988*
- (5) Palmonari A. (a cura di) *Psicologia dell'adolescenza Il Mulino, Bologna 1997*
- (6) Palmonari A. e Rigon G. Servizi socio-sanitari e prevenzione delle situazioni a rischio in: "Politiche sociali per l'infanzia" *Unicopli, Milano 1991*
- (7) Quinton D. and Rutter M. Parental Breakdown: the making and breaking of Intergenerational links *Avebury Aldershot, London 1988*
- (8) Rutter M. Pathways from Childhood to Adulthood in "Journal of Child Psychology and Psychiatry" 1991;30:23
- (9) Semprini R. Rischio psicosociale e fattori protettivi nella crescita di soggetti provenienti da famiglie multiproblematiche Tesi di laurea AA 1995-1996. Un. di Bologna, Fac. di Psicologia. Rel. Prof. A. Palmonari





Bambini
con bisogni
speciali

Fattori di successo e progetti sul rischio sociale

Giovanni Laino*, Paolo Siani**

*Urbanista, **Pediatra, consulenti Assessorato alla "Dignità" Comune di Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 52-53

I pediatri per primi hanno preso coscienza che in alcune aree del nostro Paese il disagio sociale è "la vera malattia" da curare ma non hanno gli strumenti per farlo. Sono stati formati per curare malattie ma nessuno ha mai insegnato loro come curare le malattie di questi bambini svantaggiati dal punto di vista socioeconomico. Perché un progetto di intervento a favore dei bambini a rischio sociale, abbia successo nella pratica c'è bisogno di una specifica formazione. L'esperienza maturata sul campo ci ha portato a formulare una serie di norme che chi inizia un lavoro in rete dovrebbe tener presente.

Anche in Italia, come già da molti anni in America, si stanno sviluppando programmi di aiuto alle famiglie in stato di disagio sociale ed economico da parte di Comuni, Regioni e dello stesso Governo che sta mostrando in questi ultimi anni un notevole interesse per le famiglie e in modo particolare per i bambini a rischio sociale. La recente legge 285 ne è l'ultima e ulteriore conferma. In letteratura sempre più spesso ci sono segnalazioni di strategie di intervento, di programmi di aiuto e sostegno alle famiglie e iniziano anche a comparire lavori di valutazione sugli effetti a medio e lungo termine di tali progetti. Anche i pediatri spesso partecipano a questo tipo di programmi e al lavoro di rete che è la metodologia più efficace per poter realizzare gli interventi. I pediatri per primi hanno preso coscienza che in alcune aree del nostro Paese il disagio sociale è "la vera malattia" da curare ma non hanno gli strumenti per farlo. Sono stati formati per curare malattie ma nessuno ha mai insegnato loro come curare le malattie di questi bambini svantaggiati dal punto di vista socioeconomico. I pediatri sanno bene d'altronde che è ben diverso trattare un diabete di un bambino con genitori istruiti rispetto a quello di un bambino i cui genitori non sanno leggere né scrivere. E non sempre è facile il confronto con altre professionalità così diverse per formazione da quelle dei medici. Pertanto perché un progetto, pur perfetto sulla carta, abbia successo nella pratica c'è bisogno di una specifica formazione. L'esperienza maturata sul campo ci ha portato a formulare una serie di norme che chi inizia un lavoro in rete dovrebbe tener presente per un buon successo del progetto. Saper convivere nei conflitti cercando il consenso sulle priorità è, probabilmente, la prima regola essenziale da ricordare. Non sempre, infatti, si è tutti d'ac-

cordo sulle scelte da compiere o sui modi per raggiungere specifici obiettivi (possono essere valide, infatti, diverse strategie). Un operatore deve tener presente le "vere priorità" e su quelle trovare un accordo, senza voler a tutti i costi imporre il proprio punto di vista, anzi deve rispettarle e valorizzare le idee degli altri operatori. La seconda regola è saper essere capaci di smontare i propri punti di vista, di rimettere in discussione le proprie idee; essere in grado per i medici di "togliersi il camice", per gli altri operatori di "deporre l'elmo", per essere più disposti ad ascoltare gli altri. Nessuno degli operatori ha la ricetta giusta per ogni situazione ma il lavoro di gruppo può rappresentare una soluzione per vari problemi. Far parte di un gruppo che lavora sul campo rappresenta probabilmente un modo efficace di fare formazione che va valorizzato e riproposto ad altri operatori. La credibilità di un formatore che ha sperimentato sul campo le cose che dice, che si è confrontato con i problemi e le difficoltà vere è sicuramente molto alta. Questo è un elemento determinante per convincere gli operatori che non c'è bisogno di nuovi servizi (sociali o sanitari) bensì di un nuovo modo di lavorare all'interno dei servizi che già esistono. L'approccio a queste famiglie deve necessariamente essere un approccio multidisciplinare e integrato. Questo nuovo modo di lavorare consiste in primo luogo nell'andare incontro alla domanda esplicita o sommersa (il più delle volte la domanda non è esplicita), e essere disponibili o meglio ancora favorire l'ascolto delle famiglie. Essere in grado di fare "offerta attiva" di tutte le prestazioni essendo ben consapevoli che chi meno ha meno chiede e proprio queste fasce di popolazione sono quelle che vanno raggiunte con più urgenza. Essere in grado di realizzare servizi a bassa

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

soglia cioè di cercare i miglioramenti e non le soluzioni; essere capaci di operare nell'ottica della riduzione del danno. Questo è uno degli elementi che vanno maggiormente enfatizzati, poiché, essendo le famiglie su cui si lavora sempre (o quasi) famiglie multiproblematiche, nessun operatore, per quanto bravo ed efficiente, inserito in un progetto efficace, riuscirà mai a trovare le soluzioni definitive per quella famiglia. Sarà possibile invece apportare piccoli ma tangibili miglioramenti che vanno adeguatamente enfatizzati non solo per la famiglia ma anche per gli operatori che altrimenti vengono presi dallo sconforto per l'inefficienza e per l'inutilità del proprio lavoro. Inoltre è necessario realizzare piccoli progetti ma possibili, piccole azioni modello che possono essere esportate e riprodotte in altre realtà non solo per confrontare ma soprattutto per migliorare le esperienze. Vanno scelti infine operatori ben visibili nella comunità locale e quindi per questo più credibili ma anche più esperti delle

Fig. 1.

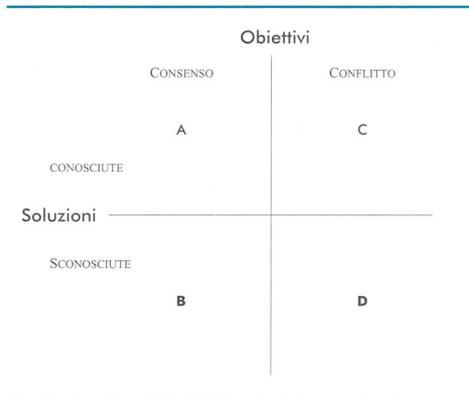
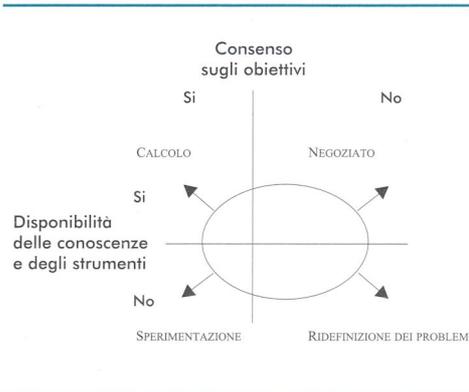


Fig. 2.



Marina di Pisticci (Matera),
29 aprile - 1 maggio 2000

I (XXI) INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

29 Aprile

- C'erano una volta i bambini *Volpi*
 - Il pediatra e il DNA *Notarangelo*
 - La malattia infiammatoria intestinale *Magazzù*
 - Flash di dermatologia *Bonifazi*
 - I bilanci di salute: quale efficacia? *Facchin*
- Gruppi di lavoro

30 Aprile

- La donna invisibile: celiachia? *Greco*
 - Le insidie nella valutazione dello sviluppo *Ciotti*
 - Quiz di dermatologia *Bonifazi*
 - È meglio prevenire? *Mastroiacovo*
 - Il bambino con malattia cronica, la famiglia e il pediatra *Perobelli*
 - Patologie respiratorie ricorrenti *Assael, Rusconi*
 - Enuresi *Mencoboni*
 - Patologie respiratorie ricorrenti *Tavola rotonda*
- La formazione del pediatra: accreditamenti e prospettive *Becherucci, Fedele, Murgia* - moderatore *Biasini*

1 Maggio

- Flash e quiz di dermatologia *Bonifazi*
 - Il bambino e l'ambiente *Tamburlini*
 - Il bambino che "non ha niente" *Panizon*
- Gruppi di lavoro
- Il bambino con infezioni ricorrenti *Notarangelo*
 - Il bambino con patologia: aspetti psicosociali *Perobelli*
 - Come si legge e si interpreta un lavoro scientifico *Mastroiacovo*
 - Il bambino maltrattato: dalla segnalazione alla presa in carico *Facchin*
 - La diarrea persistente *Greco*
 - Tosse, catarro e febbre *Assael, Rusconi*
 - Pediatria dello sviluppo *Ciotti*
 - Vescica instabile e enuresi *Mencoboni*
 - I dolori addominali ricorrenti *Magazzù*

Informazioni:

Pediatria - Ospedale di Matera
tel. 0835243323 fax 0835243293

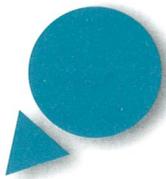
problematiche e delle difficoltà di quella specifica comunità.

Volendo rifarsi allo schema di Karen Chirstensen per raggiungere degli obiettivi ci possono essere varie soluzioni; sugli obiettivi poi ci può essere consenso o conflitto e le soluzioni possono essere conosciute o non. Per cui si potranno avere situazioni semplici con poche incertezze tra gli operatori quando c'è consenso sugli obiettivi e sono ben note le soluzioni per raggiungerli, situazioni più complesse in cui c'è consenso sugli obiettivi dell'azione da intraprendere, ma non si conoscono le strategie. Si possono verificare situazioni, infine, in cui sono note le soluzioni ma vi è conflitto sugli obiettivi e casi in cui non solo non c'è consenso sulle strategie ma c'è anche conflitto sugli obiettivi.

Per affrontare queste quattro diverse situazioni l'operatore deve fare ricorso al calcolo (A), al negoziato (C), alla sperimentazione (B) e alla ridefinizione dei problemi (D). Nella realtà nessun problema ricade stabilmente in una delle quattro situazioni indicate (A, B, C, D) nello schema ma oscilla in tutte e quattro. Per chiarire l'idea in senso figurato si può dire che spesso ci si trova in situazioni problematiche raffigurabili come una sorta di ciambella asimmetrica e con spessore variabile, che dispone un arco della sua problematicità in ciascuno dei quattro quadranti.

La capacità dell'operatore si esprimerà nell'individuare, reperire, inventare, miscelare in una dinamica esplicitamente interattiva competenze adeguate e spendibili per interagire con molti attori, per spostare, riplasmare (tirando e spingendo dai diversi lati) la ciambella. ■





Bambini
con bisogni
speciali

Una "chance" per novanta ragazzi senza scuola

Cesare Moreno

Maestro elementare, Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 54

Dal primo ottobre 1998 novanta adolescenti tra 13 e 15 anni, in certo senso "raccolti in strada", stanno frequentando una scuola diversa chiamata Chance. Sono novanta ragazzi che avevano lasciato del tutto la scuola o che la frequentavano in modo del tutto particolare, più assenze che presenze, più presenze distruttive che costruttive. Molti di loro di fatto erano espulsi o autoesclusi dalle scuole per comportamenti violenti, aggressivi, comunque incompatibili con un minimo di possibilità di fare scuola.

I novanta ragazzi che frequentano *Chance* hanno in comune una forma di esclusione sociale che viene trasmessa al ragazzo come disistima e predestinazione. L'esclusione sociale può avere le origini più diverse: episodi criminali sia in veste di vittima che in veste di attore, trasferimenti di abitazione che hanno portato a vivere il vicinato come ostile; ostracismi sociali dovuti a caratteristiche personali (difetti estetici, scarsa pulizia, contrazione di malattie contagiose, ecc.); forme di autoesclusione dovuti a stati mentali dei titolari della famiglia (forme di depressione, atteggiamenti deliranti, alcolismo, droga, ecc.); disintegrazione familiare (dovuta a lutti, carcerazioni, separazioni, liti, adulterio, ecc.). L'incapacità educativa e di cura si traduce sistematicamente in atteggiamenti di accusa e di condanna nei confronti dei ragazzi: come in uno specchio il genitore incapace accusa il figlio delle più gravi nefandezze, lo indica come l'origine dei propri guai piuttosto che come la vittima ed il destinatario della ricaduta delle "colpe dei padri", vuole liberarsene come ci si vuole liberare della prova vivente di una oscura colpa. In altri casi il figlio viene "segregato" dal mondo per proteggerlo da quei pericoli, veri o supposti tali, che il genitore non riesce ad affrontare e vive in modo persecutorio e delirante. In tutti i casi si produce una situazione di disarmonia nello sviluppo che empiricamente potremmo descrivere in questo modo: i ragazzi hanno età differenziate in relazione ai diversi ambiti di sviluppo, un'età intorno ai tre anni per quanto riguarda la gestione delle emozioni e dei sentimenti; un'età intorno ai dieci anni per quanto riguarda lo sviluppo delle strutture cognitive, l'età anagrafica propria in relazione allo sviluppo fisico e alle trasformazioni connesse alla adolescenza (anche se, in specie tra le ragazze, sono diffusi i fenomeni di anticipo della pubertà), un'età indefinibile in relazione ai comportamenti sociali che

spesso appaiono come appartenenti ad età più adulte (ad esempio responsabilità delle ragazze nella gestione familiare, attività lavorative per i ragazzi, coinvolgimento in fatti illegali, consumi, comportamenti sessuali, ecc.). Tutto ciò, inserito nel tipico quadro di oscillazioni emotive ed umorali proprie dell'adolescenza, produce un movimento in cui l'instabilità e la precarietà sociale, la debolezza nella cura e nella relazione parentale agiscono come amplificatori sugli stati interni dei ragazzi fino a produrre - come in un pendolo che riceva spinte ad ogni oscillazione - fuoriuscite dall'asse, un buttarsi ed essere buttati fuori di cui la fuoriuscita dalla scuola è la manifestazione più evidente ma che rischia di essere anche fuoriuscita sociale e persino mentale. La sensazione empirica ed epidermica è che qualcuno di questi ragazzi possa ben presto ritrovarsi tra gli utenti dei servizi di salute mentale, oppure tra gli utenti dei SERT o tra gli utenti delle patrie galere. Per tenere questi ragazzi occorre puntare sulla relazione, in quanto questi ragazzi sono drop out non per motivi cognitivi o per lacune nelle conoscenze delle discipline scolastiche, ma soprattutto perché incapaci di adattarsi ad un contesto sociale e relazionale quale quello scolastico. Gli insegnanti si sono posti quindi come "tutor" non di un curriculum scolastico ma di un percorso di conoscenza e di crescita emotiva e relazionale. Quali risultati sono stati raggiunti? La semplice frequenza è già un risultato di assoluto rilievo. In alcuni ragazzi si è riaperta la voglia di apprendere, in altri sta migliorando l'impegno verso sé stessi. In alcuni casi la persistenza di condizioni estreme nella vita di relazione e nella vita sociale produce quotidianamente il rischio di rottura definitiva nelle relazioni e nel "contratto sociale". Cerchiamo di tener duro, di non farci travolgere e possibilmente di tenere ancora "dentro" questi ragazzi. Ma ogni minuto può essere l'ultimo. ■

Per corrispondenza:
Cesare Moreno,
E-mail: cmoreno@quipo.it



igiene del naso...
raffreddore...
allergie...

nasino
chiuso...

secchezza delle mucose...

Libenar®

*Sotto un nasino libero,
il sorriso.*

LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Pronta all'uso, sterile, allo 0,9% di cloruro di sodio in acqua purificata, senza conservanti.

È indicata:

- per l'igiene quotidiana del naso di bebè e bambini
- per facilitare la poppata e il sonno dei lattanti
- in caso di raffreddore e allergie
- in aerosolterapia, da sola, o per diluire altri farmaci.

LIBENAR GEL NASALE

In bomboletta con erogatore a getto senza gas propellenti, è dotato di elevata bioadesività.

È indicato per:

- ◆ secchezza delle mucose nasali
- ◆ riniti di varia origine
- ◆ dopo episodi di epistassi.



IN FARMACIA

LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Per neonati e bambini piccoli:

■ Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24

■ Spray da 40ml

Per i più grandi, mamme in attesa comprese:

■ Spray da 125ml

LIBENAR GEL NASALE

Per nasi e nasini

di tutta la famiglia:

■ Bomboletta da 20ml

Sono dispositivi medici. Libenar soluzione fisiologica €€0459 - Libenar gel nasale €€
Per l'uso leggere attentamente le istruzioni.

Libenar® soluzioni per nasi e nasini

La diagnosi per immagini nelle infezioni urinarie

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 1: 56

Nel precedente numero di Quaderni acp (1999;6:34) abbiamo discusso le raccomandazioni dell'American Academy of Pediatrics (AAP), pubblicate su Pediatrics (1999;103:843), riguardanti la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie (IVU) nei bambini da 2 mesi a 2 anni. In questo numero esaminiamo le proposte in tema di diagnosi per immagini. Le nostre osservazioni sono contraddistinte con NdR e sono meno discordanti di quelle espresse a proposito di diagnosi e terapia.

Prima raccomandazione

L'AAP suggerisce che i bambini che entro due giorni dall'inizio della terapia non rispondono clinicamente agli antibatterici devono essere sottoposti subito ad un esame ecografico per escludere ostruzioni o raccolte ascendevoli e in tempo sufficientemente precoce ad una cistografia minzionale radiologica (CMR) o radioisotopica (CMI). Coloro, invece, che hanno risposto alla terapia devono essere sottoposti agli stessi esami, senza che il tempo sia di cruciale importanza. Non esisterebbero vantaggi nel ritardare nel tempo l'esecuzione di ecografia e cistografia minzionale.

Lo scopo delle procedure è di identificare i bambini con malformazioni che predispongono al danno renale: in particolare ostruzioni e reflusso vescico ureterale (RVU). L'ecografia, che ha sostituito la pielografia discendente, è in grado di identificare idronefrosi e dilatazione dell'uretere distale, ipertrofia della muscolatura vescicale ed ureteroceli. Tuttavia, l'ecografia non identifica con sicurezza flogosi renali e cicatrici non grossolane e, anche se normale, non esclude il RVU che è presente al disotto dell'anno di età nel 50% e più dei bambini con IVU. Per identificare il RVU è necessario eseguire una CMR o una CMI.

NdR. Riteniamo che la cistografia minzionale possa essere effettuata a circa un mese dall'episodio acuto. (Pediatrics Ospedaliera NIS. 1998; pag. 354).

Seconda raccomandazione

Il RVU si classifica in gradi (dal I al V) a seconda del livello raggiunto dalla colonna opaca e dalla dilatazione dell'uretere. La classificazione è importante perché diverso è il destino dei bambini con gradi diversi di RVU: quelli con gradi alti hanno destini in cicatrici renali 6 volte peggiori di quelli con gradi lievi e 10 volte peggiori dei bambini con IVU

senza RVU. La necessità dell'esame in minzione è richiesta per il fatto che ci sono dei RVU visibili solo durante la minzione e solo quando la vescica è sufficientemente distesa.

La CMR offre un livello di definizione anatomica, compresa quella vescicale, migliore rispetto alla CMI che non visualizza gli ostacoli uretrali; la CMR, quindi, è più consigliabile nei maschi che possono presentare ostruzioni valvolari dell'uretra posteriore. Il vantaggio della CMI sta nella dose più bassa di radiazioni e può essere preferita nelle femmine e nel follow up del grading del RVU.

NdR. Bisogna anche tenere conto del fatto che la persistenza dell'immagine opaca è maggiore nella CMI rispetto alla CMR e ciò rende più facile la dimostrazione del RVU.

Terza raccomandazione

L'esame scintigrafico con radionuclidi (DMSA, DTPA e MAG 3) è assai sensibile nell'identificare le zone di flogosi (pielonefrite) e le cicatrici renali, ma il ruolo di queste indagini è ancora poco chiaro.

NdR. La scintigrafia con DMSA consente di mettere in evidenza il parenchima renale, le aree di flogosi acuta e le cicatrici, ma se effettuata in fase precoce (meno di 3-4 mesi dall'IVU) dimostra lesioni che dopo quel tempo non sono più visibili. È perciò opportuno dilazionare l'esame nel tempo fino a quando le positività iniziali siano scomparse. Il DTPA permette di studiare la fase funzionale escretoria dei reni separandone le funzioni del rene ds e sn. Il MAG 3 consente di studiare sia la fase parenchimale (come il DMSA) che quella escretoria (come il DTPA) anche se costringe il bambino ad una difficile immobilità ed è caratterizzato da immagini meno leggibili degli altri due traccianti (J. Pediatr. 1996;129:815, Curr. Opinion in Ped. 1994;6:178). ■

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. Possono essere pubblicati lavori originali 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.

ENTEROGERMINA®

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** - Ipsensibilità 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 subti-*

lis, grazie alla loro elevata resistenza nei confronti di agenti sia chimici che fisici, superano la barriera del succo gastrico acido, raggiungendo indenni il tratto intestinale ove si trasformano in cellule vegetative, metabolicamente attive. La somministrazione di ENTEROGERMINA contribuisce al ripristino della flora microbica intestinale alterata nel corso di dismicrobismi di diversa origine, in virtù delle attività svolte dal *Bacillus subtilis*. Essendo, inoltre, il *Bacillus subtilis* capace di produrre diverse vitamine in particolare del gruppo B, ENTEROGERMINA contribuisce a correggere la disvitaminosi da antibiotici e chemioterapici in genere. ENTEROGERMINA consente di ottenere un'azione antigenica aspecifica e antitossica, strettamente connessa all'azione metabolica del *subtilis*. Inoltre, il grado elevato di resistenza eterologa agli antibiotici indotta artificialmente, permette di creare le premesse terapeutiche per prevenire l'alterazione della flora microbica intestinale, in seguito all'azione selettiva degli antibiotici, specie di quelli a largo spettro d'azione, o per ripristinare la medesima. ENTEROGERMINA, a motivo di tale antibiotico-resistenza, può essere somministrata tra due successive somministrazioni di antibiotici. L'antibiotico-resistenza si riferisce a: Penicilline, Cefalosporine, Tetracicline, Macrolidi, Aminoglicosidi, Novobiocina, Cloramfenicolo, Tiamfenicolo, Lincomicina, Isoniazide, Cicloserina, Rifampicina, Acido Nalidixico e Acido Pipemidico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE - 6.1 Lista degli eccipienti** - Acqua distillata sterile - **6.2 Incompatibilità** - Non sono note incompatibilità. **6.3 Periodo di validità** - Stabilità a confezionamento integro: 24 mesi. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** - Nessuna. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** - Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Prezzo L. 10.000. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. Prezzo L. 19.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** - Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. Titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio** - SANOFI SYNTHELABO 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-synthelabo
otc

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO/SCHE-DA TECNICA

1. **DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE.** ZINNAT® 125 mg compresse rivestite. ZINNAT® 250 mg compresse rivestite.

ZINNAT® 500 mg compresse rivestite. ZINNAT® 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT® 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT® 250 mg Granulato per sospensione orale Bustine. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** ZINNAT® 125 mg compresse rivestite. Una compressa rivestita da 125 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 150,36 mg (pari a Cefuroxima 125 mg). ZINNAT® 250 mg compresse rivestite. Una compressa rivestita da 250 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 300,72 mg (pari a Cefuroxima 250 mg). ZINNAT® 500 mg compresse rivestite. Una compressa rivestita da 500 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 601,44 mg (pari a Cefuroxima 500 mg). ZINNAT® 125 mg/5 ml granulato per sospensione orale. Un flacone contiene: Acetossietilcefuroxima 3,00 g (pari a Cefuroxima 2,50 g). Un cucchiaino dose da 5 ml corrisponde a 125 mg di Cefuroxima. ZINNAT® 250 mg/5 ml granulato per sospensione orale Flacone 50 ml. Un flacone da 50 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 3,00 g (pari a Cefuroxima 2,50 g). ZINNAT® 125 mg/5 ml granulato per sospensione orale Flacone 70 ml. Un flacone da 70 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 4,20 g (pari a Cefuroxima 3,50 g). ZINNAT® 250 mg/5 ml granulato per sospensione orale Flacone 100 ml. Un flacone da 100 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 6,00 g (pari a Cefuroxima 5,00 g). Un cucchiaino dose da 5 ml corrisponde a 250 mg di Cefuroxima. ZINNAT® 250 mg granulato per sospensione orale Bustine. Una bustina contiene: Acetossietilcefuroxima 300,72 mg (pari a Cefuroxima 250 mg). **3. FORMA FARMACEUTICA.** Compressa rivestite. Granulato per sospensione orale. **4. INFORMAZIONI CLINICHE.** **4.1. Indicazioni terapeutiche.** Trattamento delle infezioni causate da batteri sensibili, quali: **infezioni delle alte vie respiratorie** (infezioni otorinolaringoiatriche: otite media, sinusiti, tonsilliti e faringiti); **infezioni delle basse vie respiratorie** (bronchiti acute e croniche, polmoniti); **infezioni dell'apparato genito-urinario** (pielonefriti, cistiti, uretriti); **infezioni della pelle e dei tessuti molli** (foruncolosi, piodermiti ed impetigine); **gonorrea**, uretrite acuta non complicata e cervicite come farmaco di seconda scelta. **4.2. Posologia e modo di somministrazione.** ZINNAT® va assunto con i pasti per garantire un assorbimento ottimale. **Adulti.** La posologia media consigliata è di 250 mg due volte al dì. Tuttavia, in rapporto alla gravità del singolo caso e secondo la valutazione del medico, la posologia può variare da 250 mg ad 1 g, suddivisi in due somministrazioni giornaliere. Per la terapia della gonorrea non complicata è indicata una singola dose di 1 g. **Anziani.** Nei pazienti anziani non è necessaria alcuna modifica della dose raccomandata per gli adulti. **Bambini.** Infezioni del tratto respiratorio: 10 mg di sospensione per Kg di peso corporeo da somministrare ogni 12 ore. Otite: 15 mg di sospensione per Kg di peso corporeo da somministrare ogni 12 ore. La posologia può variare in rapporto alla gravità del quadro clinico, a giudizio del medico. Nei bambini al di sopra dei 6 anni, la dose massima somministrabile è di 500 mg al giorno suddivisi in due somministrazioni giornaliere. Non sono disponibili dati clinici riguardanti l'efficacia e la tollerabilità del farmaco nei neonati. Le tabelle seguenti suddivise per età e peso, costituiscono una guida semplificata per la somministrazione delle sospensioni 125 mg/5ml, 250 mg/5 ml con l'apposito cucchiaino (5 ml).

Dosaggio previsto per infezioni respiratorie: 10 mg/kg in due somministrazioni

Età	Kg (mg)	Dose singola Zinnat 125 mg	N. Cucchiaini Zinnat 250 mg	N. Cucchiaini
3 mesi - 6 mesi	6-7	60-70 2xdie	1/2 (2,5 ml)	
6 mesi - 2 anni	7-12	70-120 2xdie	1/2 - 1 (2,5 - 5 ml)	
2 anni - 6 anni	12-21	120-190 2xdie	1 - 1 1/2 (5 - 7,5 ml)	1/2 - 3/4 (2,5 - 3,75 ml)
>6 anni	>21	250 2xdie	2 (10 ml)	1 (5 ml)

Dosaggio previsto per otite e infezioni gravi: 15 mg/kg in due somministrazioni

Età	Kg (mg)	Dose singola Zinnat 125 mg	N. Cucchiaini Zinnat 250 mg	N. Cucchiaini
3 mesi - 6 mesi	6-7	90-105 2xdie	3/4 - 1 (3,75 - 5 ml)	
6 mesi - 2 anni	7-12	105-180 2xdie	1 - 1 1/2 (5 - 7,5 ml)	1/2 - 3/4 (2,5 - 3,75 ml)
2 anni - 6 anni	12-21	180-250 2xdie	1 1/2 - 2 (7,5 - 10 ml)	3/4 - 1 (3,75 - 5 ml)
>6 anni	>21	250 2xdie	2 (10 ml)	1 (5 ml)

Il cucchiaino annesso alla confezione consente la somministrazione della sospensione una volta ricostituita. Un cucchiaino pieno (5 ml) corrisponde a 125 mg di Cefuroxima (ZINNAT® 125 mg) e 250 mg di Cefuroxima (ZINNAT® 250 mg). 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. **4.3. Controindicazioni.** Ipersensibilità agli antibiotici della classe delle cefalosporine. Ipersensibilità ad altri componenti del prodotto. **4.4. Speciali avvertenze e 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. 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. Nel trattamento di pazienti diabetici si deve considerare il contenuto di saccarosio di ZINNAT® - Granulato per sospensione orale in flacone o in Bustine e regolarsi di conseguenza. **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** I farmaci che riducono l'acidità gastrica possono diminuire la biodisponibilità del prodotto confrontata con quella risultante dall'assunzione a digiuno e tendono a cancellare l'effetto dell'aumento dell'assorbimento conseguente all'assunzione del cibo. Poiché si possono osservare falsi negativi nei test del ferrocianuro, si raccomanda di usare i metodi della glucosio ossidasi o della esochinasi per la determinazione del glucosio ematico nei pazienti trattati con Acetossietilcefuroxima. ZINNAT® non interferisce con la determinazione della creatinina nel saggio con picrato alcalino. Sono state segnalate in corso di trattamento con cefalosporine positività dei test di Coombs; ciò può interferire con i test di compatibilità del sangue. **4.6. Gravidanza e allattamento.** Sebbene non esistano prove sperimentali di effetti embriopatici o teratogeni 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 necessario quindi nelle donne che allattano, decidere se sospendere l'allattamento al seno e somministrare il farmaco, o viceversa continuare l'allattamento rinunciando al trattamento. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari.** In considerazione del profilo degli effetti collaterali di ZINNAT® è improbabile che il trattamento possa interferire con la capacità di guidare o l'uso di macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Le reazioni indesiderate a ZINNAT® sono in genere di natura lieve e transitoria. Come con altre cefalosporine, vi sono state rare segnalazioni di eritema multiforme, sindrome di Stevens-Johnson, necrolisi epidemica tossica (necrolisi esantematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattia da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito in una piccola percentuale di pazienti; come con altri anti-

biotici ad ampio spettro vi sono state segnalazioni di colite pseudomembranosa, che può insorgere durante o dopo il trattamento. È stata segnalata anche cefalea. Le principali alterazioni dei parametri ematologici segnalate in alcuni pazienti sono state la diminuzione della concentrazione di emoglobina, marcata leucopenia, neutropenia, eosinofilia e trombocitopenia. 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. Come con altre cefalosporine è stato segnalato molto raramente ittero. 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. Sono stati segnalati casi di anemia emolitica in seguito a trattamento con cefalosporine. **4.9. Sovradosaggio.** Il sovradosaggio di cefalosporine può causare irritazione cerebrale producendo convulsioni. I livelli sierici della Cefuroxima sono ridotti dalla emodialisi e dalla dialisi peritoneale. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.** **5.1. Proprietà farmacodinamiche.** ZINNAT® o Acetossietilcefuroxima (1-acetossietil-estere della Cefuroxima) è un profarmaco, somministrabile per via orale, della Cefuroxima, antibiotico appartenente alla classe delle cefalosporine, sintetizzato nei Laboratori di ricerca del Gruppo GlaxoWellcome. **Spettro Antibatterico e Meccanismo d'azione.** L'Acetossietilcefuroxima, quale profarmaco della Cefuroxima, è da classificarsi tra le cefalosporine di seconda generazione. ZINNAT® (Acetossietilcefuroxima) deve la sua attività in vivo al composto originale: la Cefuroxima. Esercita la sua attività battericida legandosi a proteine bersaglio ed inibendo la sintesi della parete batterica. La Cefuroxima è un farmaco antibatterico, ben noto per la sua efficacia, ad ampio spettro d'azione ed attività battericida nei confronti di una vasta gamma di comuni patogeni, compresi ceppi produttori di betalattamasi. La Cefuroxima ha una buona stabilità alle betalattamasi batteriche ed è quindi attiva sui ceppi resistenti alla ampicillina o alla amoxicillina. La Cefuroxima è attiva in vitro nei confronti dei seguenti microorganismi: **gram-negativi aerobi:** *Haemophilus influenzae* (inclusi i ceppi ampicillino-resistenti); *H. parainfluenzae*; *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*; *Neisseria gonorrhoeae* (inclusi i ceppi produttori e non produttori di penicillinasi); *Escherichia coli*; *Klebsiella spp.*; *Proteus mirabilis*; *Providencia spp.*; *Proteus rettgeri*; **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); *Streptococcus pneumoniae*; *Streptococcus gruppo B (Streptococcus agalactiae)*; **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.* altri organismi: *Borrelia burgdorferi*. I seguenti organismi non sono sensibili alla Cefuroxima: *Clostridium difficile*; *Pseudomonas spp.*; *Campylobacter spp.*; *Acinetobacter calcoaceticus*; *Listeria monocytogenes*; i ceppi meticillino-resistenti di *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis*; *Legionella spp.* Alcuni ceppi dei seguenti generi non sono sensibili alla Cefuroxima: *Enterococcus (Streptococcus) faecalis*; *Morganella morganii*; *Proteus vulgaris*; *Enterobacter spp.*; *Citrobacter spp.*; *Serratia spp.*; *Bacteroides fragilis*. **5.2. Proprietà farmacocinetiche.** Dopo somministrazione orale ZINNAT® viene assorbito dal tratto gastrointestinale e rapidamente idrolizzato nella mucosa intestinale e nel sangue, si libera così Cefuroxima in circolo. Dopo somministrazione di compresse di Acetossietilcefuroxima i livelli sierici al picco (2,9 mg/l con una dose di 125 mg, 4,4 mg/l con una dose di 250 mg, 7,7 mg/l con una dose di 500 mg e 13,6 mg/l con una dose di 1 g) si instaurano approssimativamente dopo circa 2,4 ore dalla somministrazione, se avviene in concomitanza con l'assunzione di cibo. L'assorbimento dell'Acetossietilcefuroxima in sospensione viene aumentato in presenza del cibo. L'assorbimento della Cefuroxima dalla sospensione, risulta inferiore rispetto alle compresse determinando picchi sierici più tardivi ed inferiori e ad una biodisponibilità sistemica ridotta (minore del 4-17%). L'emivita sierica è di 1-1,5 ore. Il legame siero-proteico varia dal 33 al 50% a seconda della metodica analitica adottata. La Cefuroxima non è metabolizzata ed è escreta per filtrazione glomerulare e secrezione tubulare. La somministrazione contemporanea di Probenecid aumenta del 50% l'area sotto la curva tempo/concentrazioni ematiche medie. I livelli sierici della Cefuroxima sono ridotti dalla dialisi. **5.3. Dati preclinici di sicurezza.** Gli studi di tossicità sugli animali hanno indicato che l'Acetossietilcefuroxima presenta scarsa tossicità e di nessun rilievo. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.** **6.1. Lista degli eccipienti.** Comprese. Cellulosa microcristallina, Sodio carbossimetilcellulosa, Sodio laurilsolfato, Olio vegetale idrogenato, Silice precipitata, Metilidrossipropilcellulosa, Glicole propileno, Titanio biossido (E171), Sodio benzoato, Metile p-idrossibenzoato, Propile p-idrossibenzoato. **Granulato per sospensione orale e bustine.** Acido stearico, Saccarosio, Aroma tutti frutti, Povidone K30. **6.2. Incompatibilità.** Nessuna. **6.3. Validità.** Comprese: 36 mesi. Granulato per sospensione: 24 mesi. **Granulato per sospensione orale.** Una volta preparata con il volume d'acqua indicato, la sospensione può essere conservata per 10 giorni a temperatura inferiore a 25°C. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** Le sospensioni ricostituite (125 mg/5 ml e 250 mg/5 ml) devono essere conservate a temperatura inferiore a 25°C. **6.5. Natura e contenuto del contenitore.** Le compresse sono confezionate in blister alluminio-PVC-alluminio. ZINNAT® 125 mg - compresse rivestite: 12 compresse rivestite da 125 mg (come Cefuroxima). ZINNAT® 250 mg - compresse rivestite: 12 compresse rivestite da 250 mg (come Cefuroxima). ZINNAT® 500 mg - compresse rivestite: 6 compresse rivestite da 500 mg (come Cefuroxima). **Granulato per sospensione orale:** il granulato per sospensione è confezionato in flaconi di vetro ambrotto tipo III. Il misuratore per la diluizione e il cucchiaino sono di polietilene. ZINNAT® 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale: flacone da 100 ml (125 mg/5 ml come Cefuroxima). ZINNAT® 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale: flacone da 50 ml (250 mg/5 ml come Cefuroxima) - flacone da 70 ml (250 mg/5 ml come Cefuroxima) - flacone da 100 ml (250 mg/5 ml come Cefuroxima). **Bustine:** Le bustine sono costituite da un laminato di carta, polietilene, alluminio e ionomero di etilene-acido metacrilico. ZINNAT® - 250 mg Granulato per sospensione orale Bustine: 12 bustine da 250 mg (come Cefuroxima). **6.6. Istruzioni per l'uso.** ZINNAT® 125 mg/5 ml - ZINNAT® 250 mg/5 ml - Granulato per sospensione orale.

-  Agitare il flacone per un minuto circa prima di aggiungere acqua, per favorire la dispersione del granulato.
-  Riempire con acqua potabile il bicchierino dosatore fino alla linea indicata.
-  Aggiungere tutta l'acqua del bicchierino dosatore nel flacone e richiudere con il tappo.
-  Capovolgere e agitare bene il flacone (circa 1 minuto) per ottenere una completa sospensione.
-  Assumere la medicina secondo prescrizione medica, con il cucchiaino.

Per favorire la somministrazione, la sospensione può essere ulteriormente diluita con bevande fredde a base di latte o di frutta e va assunta immediatamente. Agitare prima dell'uso.

ZINNAT® - 250 mg Granulato per sospensione orale Bustine.

-  Versare il contenuto della bustina in un bicchiere.
-  Aggiungere una piccola quantità di acqua.
-  Agitare bene e bere immediatamente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO. Glaxo Wellcome S.p.A. - Via A. Fleming, 2 - Verona. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** 12 compresse da 125 mg A.I.C.: 026915013. 12 compresse da 250 mg A.I.C.: 026915025. 6 compresse da 500 mg A.I.C.: 026915037. Granulato per sospensione orale (125 mg/5 ml): flacone da 100 ml A.I.C.: 026915049. Granulato per sospensione orale (250 mg/5 ml): flacone da 50 ml A.I.C.: 026915076; flacone da 70 ml A.I.C.: 026915088; flacone da 100 ml A.I.C.: 026915090; 12 bustine da 250 mg A.I.C.: 026915052. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Rinnovo A.I.C.: 31.05.1995. **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO.** 22.11.1999.



STIAMO LAVORANDO

PER LA **COMPLIANCE**

DEI VOSTRI

PICCOLI PAZIENTI.

Zinnat[®] *sospensione*
acetossietilcefuroxima

GlaxoWellcome

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTNEROGERMINA[®]

lo recupera e lo mantiene.

 **sanofi~synthelabo**
otc