

Quaderni acp

volume VII - numero 2

www.acp.it

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

anteprima

Fotografia: Alessandro Leone Art Direction: Titi Ippolito



CREATIVEexpo finanzia
a Palermo il

progetto
M.AT.I.L.DA

Marzo-Aprile 2000

Il referendum mancato

L'obesità nella pratica ambulatoriale

Attesa di vita e spesa sanitaria

*Maggiore spesa per farmaci nel 1998.
Stavolta non paga solo lo Stato*

Come star bene a scuola

I problemi degli adulti sui volti dei bambini

La formazione permanente per il pediatra

Una vita difficile

Riflessioni da un gruppo ACP

Qualche dubbio sui bilanci di salute

*Le evidenze epidemiologiche
del rapporto nutrizione e tumori*

*L'ossigenoterapia nel bambino.
Istruzioni per l'uso*

Perché leggere ai bambini ad alta voce

Prebiotici probiotici e protezione intestinale

edizioni no profit
ACP

Trieste, Novembre 1999

Egregio Dottore,

Malattia celiaca: almeno un bambino ogni 100 è celiaco.

Attualmente in Italia ci sono 35.000 pazienti celiaci diagnosticati, ma si stima che il loro numero sia di oltre 500.000.

Nonostante la prevalenza della celiachia venga oggi stimata attorno ad uno ogni 100/150 soggetti appartenenti sia alla fascia di età pediatrica che adulta, neppure un celiaco su otto^(1,2) viene correttamente diagnosticato.

Tale difficoltà di diagnosi esiste in quanto la malattia celiaca si manifesta con sintomi associati tipici, ma eterogenei quali anemia, astenia, arresto di crescita, disturbi dell'alvo, turbe comportamentali, dermatite erpetiforme, afte ricorrenti, osteoporosi e lesioni dello smalto dentario oppure in modo assolutamente asintomatico.⁽³⁾

Per diagnosticare correttamente tutti i pazienti celiaci si possono effettuare semplici ricerche sul siero di anticorpi antigliadina, antiendomio o, più recentemente, antitransglutaminasi⁽⁴⁾ (Eu-tTG®).

Eu-tTG®, in particolare, può essere richiesto nella maggior parte dei laboratori ospedalieri.

Per ulteriori informazioni può inviarci un messaggio all'indirizzo di posta elettronica euoint@tin.it oppure telefonarci al numero 040 8997.205/222.

La ringraziamo per la Sua cortese attenzione.

Cordiali saluti,



Dott.ssa Laura Cerni
Divisione Diagnostici
Eurospital S.p.A.

Fonte:

(1). C. CATASSI, ET AL., *The coeliac iceberg in Italy. A multi centre anti-gliadin antibodies screening for Coeliac Disease in school-age subjects.* Acta Paediatrica vol. 85 May 1996 supplement 412.

(2) A. VENTURA, T. NOT ET AL. *Screening nelle scuole di Trieste 1999*, in press.

(3). DIETERICH W. ET AL., *Identification of tissue transglutaminase as the autoantigen of Celiac Disease*, Nat. Med. 1997; 3:797-801.

(4). F. ANDREOTTI, ET AL., *Cercare la celiachia dentro e fuori l'intestino*, Medico e Bambino, 1999, 4:253-255.

Eurospital S.p.A.

Capitale L. 5.000.000.000 i.v.
Ufficio registro imprese 2636
C.c.i.a.a. Trieste 38955
Cod. fisc. e P. IVA 00047510326

Sede e stabilimento:
Via Flavia 122, I-34147 Trieste
Telefono +39 040 8997.1
Telefax +39 040 280944
Cp/P.O. Box 467, Ccp 269340

Divisioni:

Diagnostici +39 040 8997.205
Farmacie +39 040 8997.204
Ospedaliere +39 040 8997.242
Servizio Clienti 040 8997.231

Sommario

Marzo - Aprile 2000 volume VII, numero 2

Editoriale

- 6 Il referendum mancato
Giancarlo Biasini

Congressi controlloce

- 8 Bergamo - Pediatria di gruppo
Gianni Caso
- 8 Granada - XI riunione della Società
Europea di Pediatria Ambulatoriale - SEPA
Fabrizio Fusco
- 10 Torino - La parola e la cura
Federica Zanetto
- 10 Rimini - Prostituzione minorile
Giancarlo Biasini

Ricerca

- 12 L'obesità nella pratica ambulatoriale
Aurelio Nova, Elisabetta Sala

Organizzazione sanitaria

- 15 Attesa di vita e spesa sanitaria
- 15 Maggiore spesa per farmaci nel 1998.
Stavolta non paga solo lo Stato

Libri

- 16 Tim Parks, *Un'educazione italiana*
- 16 Marco Rossi Doria, *Di mestiere faccio il maestro*
- 17 Tim Parks, *Cara Massimina*
- 17 Francesco Antinucci, *Computer per un figlio*

Diritti

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

Film per ragazzi

- 21 I problemi degli adulti sui volti dei bambini
Italo Spada

Info

- 22 La nuova scuola
- 22 I decimi della ricchezza in Italia
- 22 Valproato? Attenti alla camitina
- 22 In Piemonte l'agenda della salute
- 22 Sei miliardi di multa ai produttori di lattini artificiali
- 23 Nuove norme per la Tutela del Lavoro Minorile
- 23 La stampa e gli applausi per i gemelli: un altro autogol
- 23 Qualità microbiologica delle piscine
- 23 Spesa sociale: spendiamo poco e male

World-Info

- 24 ONU - Complimenti agli USA
- 24 ASIA - Violazioni del codice
- 24 WWW - Alla ricerca dell'alieno
- 24 UK - Diseguaglianze e salute
- 24 USA - Pubblicità ai farmaci
- 24 WWW - "Grazie per non procreare"
- 24 SUDAFRICA - Hiv-1 e allattamento
- 24 USA - Voglia di Servizio Sanitario

- 25 UK - Tanti bambini obesi anche in UK
- 25 NORVEGIA - Il secondo gene della Dislessia
- 25 UE - Medicinali orfani
- 25 AUSTRIA - Dichiarazione antirazzista
dell'Università di Vienna
- 25 SPAGNA - Bambini in estinzione
- 25 CANADA - Complicanze della pertosse
- 25 UK - Uomini, animali ed antibiotici

ACP Nazionale

- 26 La formazione permanente per il pediatra
Redazionale

Un po' per gioco

- 33 Una vita difficile
Lucio Piermarini

Lettere

- 34 Perché prezzi dei lattini così diversi in Europa
Maurizio Bonati
- 34 In Piemonte un registro regionale per i pazienti
in trattamento con GH
Aldo Ravaglia
- 35 Impressioni da Sirmione X
Susanna Vouk

ACP News

- 36 Riflessioni da un gruppo ACP

Leggere e fare

- 38 Qualche dubbio sui bilanci di salute
Lucio Piermarini
- 39 Le infezioni: proteggono dall'allergia?
Giancarlo Biasini
- 40 Tassi di prescrizione di farmaci
Rosario Ferracane
- 41 Febbre e bronchiolite
Lucio Piermarini
- 41 Niente fosforo nel latte materno
Lucio Piermarini
- 41 Gli acidi grassi polinsaturi non servono
nei neonati a termine
Giancarlo Biasini

Aggiornamento avanzato

- 42 Le evidenze epidemiologiche del rapporto
nutrizione e tumori
Carlo La Vecchia

Saper fare

- 46 L'ossigenoterapia nel bambino. Istruzioni per l'uso
Giuseppe Orso, Luciano de Seta

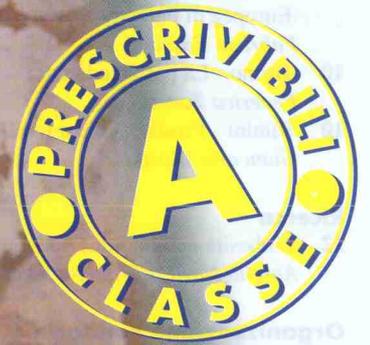
Il punto su

- 53 Perché leggere ai bambini ad alta voce
Giancarlo Cerasoli, Caterina Lo Presti
- 56 Prebiotici probiotici e protezione intestinale
Giancarlo Biasini

SOLUZIONI PER AEROSOL

Lunibron-A[®]

Flunisolide



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

Broncovaleas

Salbutamolo

VALEAS

Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Marzo - Aprile 2000 volume VII, numero 2

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Direttore organizzativo

Giovanna Benzi

Responsabile esecutivo

Salvo Fedele

Comitato editoriale

Maurizio Bonati

osservatorio internazionale

Antonella Brunelli

saper fare

Giancarlo Cerasoli

letture

Giuseppe Cirillo

bambini con bisogni speciali

Pierpaolo Mastroiacovo

ebm

Sergio Conti Nibali

informazioni per genitori e pazienti

Carlo Corchia

statistiche correnti

Nicola D'Andrea

libri

Luciano de Seta

il caso che insegna

Rosario Ferracane

leggere e fare

Michele Gangemi

ricerca

Lucio Piermarini

un po' per gioco

Paolo Siani

organizzazione sanitaria

Francesca Siracusano

ACP news

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

Rosa Maria Testa

Daniela Vernaccini

Grafica e impaginazione

Ignazio Bellomo

© Associazione
Culturale Pediatri

ACP edizioni No Profit

*Le norme redazionali
sono pubblicate nel primo
numero dell'anno*

In questo numero l'illustrazione di copertina è il logo di CREATIVEExpo, un'interessante iniziativa collegiale di artisti siciliani che ha l'obiettivo di segnalare "le vene creative" della città di Palermo. CREATIVEExpo ha deciso



A PALERMO.

di devolvere l'intero ricavato del biglietto di ingresso al progetto M.A.T.I.L.D.A, un progetto pilota dell'iniziativa "Nati per leggere" di cui parliamo a pagina 55 di questo numero.

Le altre illustrazioni all'interno sono tratte da "The Maisy's Calendar" di Lucy Cousins, edito da Walker Books Ltd London.

INDIRIZZI

Direttore

Giancarlo Biasini

corso U. Comandini 10 - 47023 Cesena

Tel e Fax 054729304 E-mail: gcbias@tin.it

Redazione e direzione esecutiva

via Galileo Galilei 22 - 90145 Palermo

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS

Unità locale di 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 0792593087

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:

La prima pubblica, oltre a notizie sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e 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 seconda è di 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>

Il referendum mancato

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 6-7

Il referendum sull'adesione al SSN avrebbe potuto forse produrre un dibattito sulle caratteristiche nelle quali si fonda l'assistenza sanitaria in Europa. Ma esistevano punti sicuri sui quali fondare il dibattito? O ciascuno avrebbe scelto "ideologicamente"?

Mi sento deluso per la bocciatura da parte della Corte Costituzionale del referendum radicale sull'obbligatorietà dell'adesione dei cittadini al SSN. Probabilmente, sotto l'urgenza di una decisione personale da prendere, si sarebbe fatta un po' di chiarezza sulle caratteristiche dei sistemi assistenziali che si confrontano nel mondo. Tutti avremmo avuto da guadagnare da questo tentativo di chiarimento che avrebbe riguardato almeno due ambiti:

1. La liberalizzazione dell'offerta delle prestazioni che riguarda anche i medici come produttori di prestazioni.
2. La liberalizzazione della scelta, da parte dei cittadini, di servizi ora acquisiti o prodotti solo dal SSN.

Il primo punto (limitatamente alla pediatria di base, dato che la liberalizzazione delle offerte di ricoveri o di prestazioni ambulatoriali è già in atto in maggiore o minore misura) si sarebbe prestato ad una riflessione assai interessante. In tale ambito, infatti, una concezione liberista non può accettare il principio, tipicamente protezionista, delle convenzioni: esse derivano da "convenio" che vuol dire "mi metto d'accordo" e gli "accordi" sono sempre stati nel mirino dei liberisti classici e delle Authority Antitrust che li hanno considerati strumenti di monopolio; inoltre il "convenio" è esattamente il contrario del "concurro" cioè della concorrenza e sembra incontestabile che le convenzioni siano accordi che bloccano la concorrenza concedendo "licenze e calmieri" a favore di alcuni e non di altri. Si ponga il caso della Lombardia che ha scelto un grosso intervento di tipo liberista nell'offerta: essa ha concesso molte più autorizzazioni di prima a strutture di ricovero o ambulatoriali in modo che queste possano offrire prestazioni ai cittadini, ma non ha potuto spingere la propria coerenza andando oltre le convenzioni o inserendovi elementi di liberalizzazione. Non era e non è nel suo potere. È indubbio però che una vittoria dei referendari avrebbe portato ad una liberalizzazione del mercato, per lo meno da parte di quei cittadini che avrebbero scelto di abbandonare la tutela del SSN. Sarebbe stato interessante osservare le scelte dei pediatri stretti tra il desiderio di andare "oltre lo statalismo" del sistema (che, almeno come eccesso di normativismo, anche a me sembra evidente) e le garanzie offerte dalla convenzione.

Il secondo punto, cioè il problema di quale sistema assistenziale convenisse ai cittadini, sarebbe stato di difficile soluzione, e non avrebbe potuto prescindere dalla presa in considerazione dei numeri a disposizione. Qui c'è almeno una certezza, i sistemi sanitari non fondati sul finanziamento nazionale costano di più: gli USA spendono il 14% del PIL, la Germania il 10.8%, la Francia il 9.9%, l'Austria l'8%, il Canada il 9.3%, l'Olanda l'8.7%, il Belgio il 7.8%. Ho ben presente che il sistema per esempio del Belgio, fondato sulle mutue, è diverso da quello americano, ma per chiarezza è necessario distinguere fra grandi categorie. A maggiore comprensione del dato del costo bisogna anche dire che quaranta milioni di americani sono fuori da qualsiasi sistema assicurativo e, secondo alcuni analisti, tutti i calcoli sugli USA andrebbero fatti su un denominatore ridotto; in questo modo il carico sul PIL sarebbe anche maggiore e la spesa pro capite di 4.095.000 lire salirebbe a 4.500.000 lire contro la nostra di 1.613.000 lire e quella inglese di 1.321.000 lire.

Bisogna dunque arrivare ad una prima conclusione: sistemi che costano di più devono assistere meglio, devono dare migliori risultati, altrimenti il loro alto costo rappresenta uno spreco di

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

risorse. Ma dove "sprecano"? Non sui farmaci, campo questo dove, in Italia, c'è grande richiesta di liberalizzazione. La spesa globale per farmaci in tutti i paesi, sempre valutata sul PIL, va dall'1.4% degli USA all'1.5% dell'Italia, all'1.3% della Germania e del Canada, senza grandi differenze. Ma negli USA la spesa farmaceutica pubblica è dello 0.2% sul PIL, in Canada dello 0.3%. Tutto il resto è pagato dal singolo. Così accade che negli USA solo il 10% della spesa totale è per farmaci mentre nel Regno Unito il valore è del 16%, in Italia del 19.4%, in Svezia del 13%, e in Germania del 12%. Non pare insomma che dai paesi "assicurativi" potesse venire una speranza di maggiore disponibilità di farmaci. Un altro spreco può essere l'assistenza ospedaliera. L'OMS, a riguardo, ha stabilito due parametri: 160 ricoveri/1.000 abitanti e 5.5 posti letto/1.000 abitanti. Tutti i paesi a SSN (tranne l'Italia che nel 1994 era ancora a 6.5/1.000) sono sotto il limite del secondo parametro mentre quelli a sistema assicurativo sono sopra (Germania 9.4, Olanda 11.7, Giappone 16.4). Solo gli USA, fra questi ultimi, sono attorno al 5/1.000. Non deprime a favore dei paesi "assicurativi" il fatto che, con un così alto numero di posti letto, la degenza media più lunga sia in Germania (11.5 giorni!) e la più breve sia in Svezia. Qualcuno ritiene che l'alto numero di posti letto nei paesi a sistema assicurativo sia in rapporto con la bassa spesa per la prevenzione, ma i dati a riguardo sono scarsi anche se suggestivi. Certamente non si può definire un paese in linea con le tendenze espresse dall'OMS quello che basa la sua assistenza soprattutto sui posti letto.

Questo dal lato dell'offerta, ma sul piano dei risultati quali indici possono essere usati?

Si tratta di un problema di non poco conto. L'attesa di vita è assai discutibile come criterio, ma è uno dei pochi a disposizione per una valutazione complessiva socio-sanitaria. In Italia l'attesa di vita aumenta progressivamente passando dal Sud al Nord; la mortalità evitabile ripete lo stesso percorso sicché sembra un indicatore non del tutto slegato dalla funzionalità dei servizi. L'attesa di vita è maggiore nei paesi a SSN. Il rapporto fra anni di vita guadagnati e spesa sanitaria vede i paesi con SSN (Norvegia, Gran Bretagna, Spagna, Svezia, Italia) davanti agli altri (fra quelli "assicurativi" solo l'Olanda è nel gruppo di testa e Germania e Francia sono abbastanza indietro; non si parla naturalmente degli USA che sono ultimi. In Gran Bretagna i tassi standardizzati di mortalità evitabile/1.000 sono sempre diminuiti fino ad un valore di 8.20/1.000 dal 1983 al 1990; dal 1990 (riforma privatistica della Thatcher) sono saliti all'8.40 nel 1991 ed all'8.43 nel 1992.

La mortalità infantile e perinatale vede largamente primi i paesi scandinavi seguiti da Francia, Germania e Spagna. Ci sono molti altri criteri disponibili (numero pro capite di esami, di rx, di interventi, di vaccinazioni) ma nessuno indica che i processi o gli esiti in termini di salute siano migliori nei paesi a sistema assicurativo nei quali il sistema assistenziale costa di più. I dati sulla "soddisfazione" cambiano da paese a paese indipendentemente dal tipo di assistenza, ma le indagini non sono francamente paragonabili. La soddisfazione per i medici di base è comunque molto alta in Italia e la recente indagine

europea dell'Istituto per gli Studi sulla Pubblica Opinione non rivela differenza di soddisfazione sulla base della tipologia assistenziale.

Altro problema è il rapporto fra medici e "datori di lavoro". Qui per avere un giudizio sul "datore tutto privato" rispetto al "tutto pubblico" bisogna riferirsi agli USA. Il 18 giugno scorso l'American Medical Association ha mutato il suo tradizionale atteggiamento e si è pronunciata per una copertura sanitaria universale degli americani garantita dall'Unione. Alla base di questo non ci sono solo motivi filantropici, ma molti motivi di insoddisfazione verso le Health Maintaining Organization. Le HMO (organizzazioni cooperative di salute autogestite dagli utenti) avrebbero dovuto costituire, con una logica solidaristica, un freno alle assicurazioni private e avrebbero dovuto dare una copertura più globale di quella delle private che lasciano a piedi gli assicurati se si ammalano di malattie troppo costose (chi di voi guarda ER alla TV? I malati entrano urlando: "dottore prima io, ho una BUONA assicurazione").

Oggi le HMO sono diventate mostri quotati in borsa. Pagano, con la Managed Care, sostanzialmente a quota capitaria e secondo l'AMA (sempre nella deliberazione del 18 giugno) taglieggiano i medici proprio sul versante dell'autonomia professionale e dei guadagni: la crescita media del reddito del medico in USA fra l'86 ed il '92 è stata del 7.2% e dal '93 al '96 dell'1.7%. Non mi pare quindi che, a parte la propaganda, gli italiani avrebbero avuto dati in grado di convincerli che il passaggio da un sistema di tipo SSN ad un sistema assicurativo avrebbe portato loro vantaggi. A parte naturalmente le opinioni personali, che avrebbero alla fine influito sulla scelta, la "bontà" del Servizio che assiste sembra essere in relazione più con l'efficienza generale del paese (ma con la non secondaria eccezione degli USA!) che con la tipologia pubblica o privata, del Servizio stesso. ■



BERGAMO

Pediatria di gruppo

Si è svolto a Bergamo, il 22 e 23 maggio, il II Congresso Nazionale sulla Pediatria di Gruppo, organizzato dai tre studi "storici" di Pediatria di Gruppo (Bergamo, Pozzuoli e Roma) sotto l'egida ACP e con il patrocinio FIMP e SIP. La mattinata del 22 si proponeva di obiettare il più possibile il valore assistenziale della Pediatria di Gruppo. Le ricerche dei gruppi di Cantù e Reggio Emilia hanno sottolineato l'incidenza positiva delle loro esperienze, in termini di riduzione dei ricoveri e di accessi impropri al Pronto Soccorso. Innovativa e brillante la relazione di Mario Ancona, psicologo esperto in comunicazione, che ha illustrato una metodica di determinazione degli indicatori del gradimento dell'utenza che parte, diversamente dal solito, proprio dall'utenza, in questo caso rappresentata da un focus-group di genitori di pazienti dello studio associato di Bergamo. I gruppi di lavoro del pomeriggio hanno alternato tematiche di approfondimento (problemi fiscali, aggiornamento del personale infermieristico, pediatria di gruppo negli Stati Uniti) a spunti molto pratici, come il confronto tra i software di cartella clinica



pediatrica più diffusi o la dimostrazione dal vivo del funzionamento della rete informatica dello studio associato di Bergamo. La tavola rotonda di domenica si è valsa di contributi molto interessanti. Vincenzo Calia, per il gruppo romano, ha illustrato la propria esperienza di copertura della continuità assistenziale con un sistema (turnover dei pediatri del gruppo e di pediatri per così dire "assunti" dal gruppo) semplice quanto apparentemente efficace. Pasquale Causa (ACP Campania) prendendo spunto dalla normativa attuale su associazionismo e pediatria di gruppo, ha formulato una proposta di modifica che riconosca incentivi specifici a funzioni specifiche erogabili dal gruppo di pediatri. Guido Brusoni, voce sindacale, ha dimostrato vivo interesse per la proposta, invitando il gruppo di coordinamento del Convegno ad articolarla ulteriormente e a sottoporla al sindacato, fermo restando che, a parità di prestazioni erogate, non possono sussistere motivi aprioristici per premiare questo o quel modello organizzativo. Leo Venturelli, partendo dall'esperienza del gruppo di Bergamo, ha sottolineato l'importanza del personale infermieristico nella dinamica di un gruppo, e di conseguenza la necessità che questo ruolo abbia un adeguato riconoscimento normativo ed economico. Interessante l'esperienza di Michele Gangemi, che ha riproposto la possibilità e, in certi casi, l'opportunità di un lavoro di gruppo che coinvolga medici e pediatri di famiglia. La chiosa finale di Giorgio Tamburlini, moderatore, ha poi consentito di ricondurre l'esperienza del gruppo di pediatri a scenari apparentemente meno immediati, ma sicuramente non meno pressanti, come gli incidenti, il bambino con malattia mentale, il disagio psicosociale. In altre parole, al di là dei riscontri più o meno statistici di efficacia ed efficienza, i pediatri che lavorano in gruppo, grazie all'attitudine al confronto tra pari e al trasferimento ad altre figure professionali di parte delle proprie incombenze burocratiche e sanitarie, riescono più agevolmente a ritagliare dalla propria esperienza uno spazio culturale ed organizzativo aperto ai bisogni nuovi ed emergenti del bambino.

Gianni Caso

GRANADA

XI riunione della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale - SEPA

Si è tenuta il 19 e 20 novembre a Granada, all'ombra - si fa per dire, vista la neve e il gelo - dell'Alhambra, l'undicesima riunione scientifica della SEPA, ben organizzata dai colleghi spagnoli. Nella prima giornata si è svolta una interessante tavola rotonda sui sistemi di sorveglianza epidemiologica, con un confronto fra le diverse esperienze. L'Italia era rappresentata da Michele Gangemi, presidente in carica (rieletto per il prossimo triennio) della SEPA, che si è confrontato coi colleghi francesi, spagnoli e svizzeri, oltre che con la sala, ove era presente una vivace rappresentanza israeliana. Sempre nella prima giornata da segnalare nella sezione poster una nutrita rappresentanza italiana. Sono stati presentati e discussi due poster dei colleghi milanesi: "The observation of the mother-child interaction during the paediatric visit: proposal of a way of analysis" (Federica Zanetto et al.), e "L'obesità nella pratica ambulatoriale pediatrica. Valutazione sperimentale di due modalità di intervento" (Aurelio Nova e Elisabetta Sala). Infine il poster dei vicentini dell'ARP (Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro et al.): "How to identify coeliac disease "inside and outside" the intestine: the family paediatrician's role. Final report". Nella seconda giornata ci sono state altre due tavole rotonde, sulle anemie in età pediatrica e sulla nutrizione (acidi grassi, minerali, nucleotidi, gangliosidi...). Fra le comunicazioni libere, quella di Leo Venturelli sull'accreditamento della pediatria ambulatoriale italiana. Ottimo lo jamon iberico e la calda accoglienza granadina con il flamenco e le reminiscenze di Garcia Lorca. Arrivederci a Ginevra nella primavera del 2001. Infatti nel 2000 ci sono già a Roma (18-21 marzo) Europediatrics 2000 e a Gerusalemme (10-14 aprile) il 2nd International Congress on Pediatrics in the Community, che vede tra i co-sponsor l'AAP, la SEPA e l'ACP.

Fabrizio Fusco

MICRONOAN[®]
diazepam

Soluzione rettale

*Pronto
all'uso*

Pratico

*Facile
da usare*

*Subito
efficace*



Depositato presso il Ministero della Sanità in data 03/05/1999



Linea Neuropsichiatrica Ravizza

BASF Pharma



RAVIZZA

TORINO

La parola e la cura

Si è svolto a Torino il 29 e il 30 ottobre il I Convegno Nazionale di Counselling in ambito sanitario, promosso dalla Società Italiana di Counselling ad Indirizzo Sistemico (S.I.C.I.S.). Le due giornate hanno visto la partecipazione ricca ed attiva di diverse figure professionali (medici, infermieri, operatori sociali e sanitari) interessate alla comunicazione consapevole nel campo della sanità. Vivo interesse hanno suscitato le riflessioni di Bert sulle parole chiave del counselling ed i successivi interventi della tavola rotonda su di esse incentrati:

- la narrazione (narrative based medicine), modalità di approccio alla diagnosi e alla terapia, basata su ciò che la persona riesce a narrare della sua più o meno grave esperienza di malattia. La storia clinica raccontata da Bernabè è stata appunto una testimonianza del significato di questo aspetto della medicina nella formazione del professionista sanitario e nella relazione comunicativa medico-paziente;
- l'empatia, ossia la capacità di affiancare in modo significativo il paziente nelle diverse fasi di malattia, arrivando a decisioni condivise (partnership);
- la facilitazione, vale a dire l'abilità a mobilitare risorse per includere l'evento



malattia nella storia e nel progetto di vita di quella persona.

Gangemi e Baroncini hanno sottolineato in modo puntuale ed incisivo l'utilità del counselling nel setting ambulatoriale pediatrico, in particolare nell'ascolto delle vere richieste, nel porre le domande, nelle proposte terapeutiche, negli interventi di educazione sanitaria, ricordando la possibilità, che ne deriva, di evitare giudizi morali, risposte dettate dal "buon senso", semplici rassicurazioni. Da segnalare la riflessione di Vettore sull'uso della parola in ambito sanitario, non come semplice veicolo di informazione o convincimento, ma come mezzo di cura, di educazione alla salute, e quindi di cambiamento e correzione di stili di vita e comportamenti individuali.

Nella seconda parte del convegno sono state riferite da operatori sociali e sanitari, impegnati in ambiti diversi, numerose esperienze in cui il counselling può giocare un ruolo chiave nell'informazione e



nella comunicazione sanitaria: nell'indicazione di comportamenti e nella prescrizione di farmaci nei SERT, nella ricerca di soluzioni condivise e accettabili per l'anziano e la sua famiglia nell'ADI, nell'assistenza domiciliare in caso di patologie gravi ed invalidanti, nei momenti di emergenza, di fronte ad eventi dolorosi imprevisti. Quale la sensazione al termine dell'incontro? Certamente un grande interesse per l'importanza dei temi affrontati e la molteplicità delle esperienze comunicate, ma anche l'esigenza di ulteriori spazi di formazione e momenti di riflessione per un'applicazione congrua ed efficace delle tecniche di comunicazione consapevole nei diversi ambiti, da parte di operatori attenti in ogni momento a mantenere con rigore la propria identità professionale.

Federica Zanetto

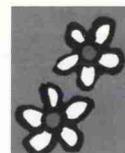
RIMINI

Prostituzione minorile

In un convegno in cui non era presente alcun pediatra, organizzato da Franco Nardocci, responsabile della NPI dell'AUSL di Rimini, sulla prostituzione minorile, abbiamo imparato alcuni dati del CENSIS e di altre organizzazioni sanitarie e di volontariato, che passiamo ai nostri lettori. Le prostitute di strada in Italia sono circa 30.000. Le minorenni circa 2.500. Secondo le organizzazioni di volontariato presenti al convegno sono di più: dal 10 al 15%; secondo Don Benzi anche il 20%. Una piccola parte di prostituzione minorile è praticata dai maschi, che godono di remunerazioni maggiori delle femmine e che, di solito, agiscono in gruppo. Le Unità di strada che operano in Italia, sulla prostituzione minorile, sono una cinquantina. Le minorenni arrivano alla prostituzione dopo essere state vendute (4-7 milioni di lire) dalle famiglie; in alcune popolazioni esiste il "debito da pagare"; per alcune ragazze la prostituzione è permanente, per altre è temporanea, ma quasi sempre poi si rende permanente per la mancanza di sbocchi lavorativi. A Rimini nell'ultimo anno e mezzo sono passate dai servizi della AUSL diciassette ragazze albanesi, rumene e bulgare. Solo tre hanno denunciato i loro sfruttatori. Un problema importante sollevato: il "minore" per la nostra cultura corrisponde al "minore" secondo la cultura pakistana, cinese, o marocchina?

A chi voglia altre informazioni forniamo l'e-mail dell'organizzatore del convegno: fnardocci@auslrn.net

Giancarlo Biasini



RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE MicroNoan 5 Soluzione rettale - MicroNoan 10 Soluzione rettale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** MicroNoan 5 Soluzione rettale Un microclistere di 5 mg/2,5 ml contiene: *Principio attivo*: Diazepam 5,0 mg. MicroNoan 10 Soluzione rettale Un microclistere di 10 mg/2,5 ml contiene: *Principio attivo*: Diazepam 10,0 mg. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione rettale **4. INFORMAZIONI CLINICHE** - **4.1 Indicazioni terapeutiche** Come antiepilettico: convulsioni incluso convulsioni febbrili nei bambini. Come sedativo: prima di esami e trattamenti esplorativi. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Uso rettale: - bambini fino a tre anni: 5 mg - bambini oltre i 3 anni: 10 mg - adulti: 10 mg - pazienti anziani e debilitati: 5 mg. Se necessario, la dose potrebbe essere ripetuta. Nel caso di somministrazione ripetuta nei bambini, dovrebbe essere monitorata la respirazione. Nei bambini di età inferiore ad un anno, diazepam potrebbe essere usato come profilassi intermittente di convulsioni febbrili. La dose usuale è 0,5-1 mg/Kg. Nel trattamento di pazienti anziani o debilitati, le dosi utilizzate non devono superare la metà di quelle normalmente raccomandate. In pazienti con insufficienza polmonare cronica ed in pazienti con disfunzione cronica renale ed epatica, la posologia necessita di essere ridotta. La durata del trattamento deve essere la più breve possibile. **4.3 Controindicazioni** Miastenia gravis. Apnea da sonno. Grave insufficienza epatica. Depressione respiratoria acuta. Ipersensibilità verso i componenti o verso altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico. Gravidanza. Allattamento. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** In caso di durata insufficiente del sonno, può aumentare la probabilità di una riduzione dello stato di allerta (vedere anche la sezione "Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione"). **Tolleranza** Dopo uso ripetuto per alcune settimane, si può verificare una riduzione dell'effetto ipnoinducente delle benzodiazepine. **Insonnia ed ansia da rimbalzo** Alla sospensione del trattamento può verificarsi una sindrome transitoria che consiste nella ricomparsa in forma accentuata dei sintomi che avevano indotto al trattamento con benzodiazepine. Essa può essere accompagnata da altre reazioni quali cambiamenti di umore, ansia o disturbi del sonno ed irrequietezza. Poiché il rischio di fenomeni da sospensione (fenomeni di rimbalzo) è più accentuato dopo una brusca interruzione del trattamento, si raccomanda di diminuire gradatamente il dosaggio. Al pari di qualsiasi psicofarmaco la posologia di MicroNoan Soluzione rettale deve essere stabilita in funzione della tolleranza molto variabile da soggetto a soggetto nei pazienti con modificazioni organiche cerebrali (specie arteriosclerotiche) o con insufficienza cardio-respiratoria. Poiché le benzodiazepine possono provocare una lieve caduta della pressione arteriosa o in circostanze occasionali una transitoria compromissione respiratoria, dovrebbero essere disponibili misure per sostenere il circolo o il respiro. In caso di trattamento prolungato è consigliabile procedere a controlli del quadro ematologico e della funzione epatica. **Amnesia** Le benzodiazepine possono provocare amnesia anterograda. Il più delle volte questo effetto si manifesta parecchie ore dopo l'assunzione del farmaco; per ridurre tale rischio i pazienti devono quindi essere sicuri di poter avere un periodo di sonno ininterrotto di 7-8 ore (vedere anche la sezione "Effetti indesiderati"). **Gruppi particolari di pazienti** Le benzodiazepine non devono essere somministrate ai bambini senza una attenta valutazione della effettiva necessità; pertanto l'uso di MicroNoan Soluzione rettale va limitato alle indicazioni precedentemente descritte. In ogni caso la durata del trattamento deve essere ridotta al minimo. Nei pazienti anziani deve essere somministrata una dose ridotta (vedere anche la sezione "Posologia e modalità di somministrazione"). Una dose inferiore è anche raccomandata per i pazienti con insufficienza respiratoria cronica, a causa del rischio di depressione del respiro. Le benzodiazepine non sono indicate in pazienti con grave insufficienza epatica, poiché questi farmaci possono fare precipitare una encefalopatia. Le benzodiazepine non sono raccomandate quale trattamento primario delle malattie psicotiche. Le benzodiazepine non devono essere utilizzate in monoterapia nel trattamento della depressione o dell'ansia associata a depressione (in tali pazienti può aumentare il rischio di suicidio). Le benzodiazepine devono essere usate con estrema cautela in pazienti con precedenti di abuso di alcool o di stupefacenti. La brusca interruzione della somministrazione di diazepam, nel caso sia protratta nel tempo, può causare sindrome da astinenza, che può comparire fino a 10 giorni dopo. Il microclistere contiene alcool benzilico (1 ml contiene 15 mg di alcool benzilico). La somministrazione di alcool benzilico nei prematuri alla dose di 100 mg/Kg/giorno ha causato gravi ed, in alcuni casi, fatali avvelenamenti con acidosi metabolica. I bambini di età inferiore ai tre mesi dovrebbero essere trattati con diazepam solo in ospedale. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Cimetidina ed omeprazolo riducono la clearance plasmatica di diazepam, con conseguente potenziamento del suo effetto. Disulfiram blocca il metabolismo di diazepam, con il risultato di aumentare le concentrazioni sieriche di diazepam. In presenza di diazepam l'emivita della ketamina è allungata con prolungamento del suo effetto. Rifampicina aumenta la clearance plasmatica di diazepam. Teofillina contrasta l'effetto di diazepam. L'azione sedativa di diazepam è intensificata dall'alcool, ipnotici, neurolettici, antistaminici, clonidina e dagli oppiacei. Si raccomanda di evitare l'assunzione contemporanea di alcool. L'effetto sedativo può essere aumentato se il farmaco viene assunto in concomitanza con alcool. Ciò influenza negativamente la capacità di guidare autoveicoli od usare macchinari. Si raccomanda di evitare l'associazione con farmaci ad effetto deprimente sul sistema nervoso centrale. In caso di uso in associazione con antipsicotici (neurolettici), ipnotici, ansiolitici/sedativi, antidepressivi, analgesici narcotici, farmaci antiepilettici, anestetici e antistaminici sedativi si può verificare un aumento dell'effetto deprimente a livello centrale. Nel caso di analgesici narcotici, si può manifestare anche una accentuazione dell'euforia, che induce ad un aumento della dipendenza psichica. Le sostanze che inibiscono alcuni enzimi epatici (in particolare il citocromo P 450) possono aumentare l'attività delle benzodiazepine. Quest'ultimo effetto si verifica, in misura minore, anche con le benzodiazepine che sono metabolizzate soltanto mediante coniugazione. **4.6 Gravidanza e allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, il farmaco deve essere somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. Se per motivi irrinunciabili il farmaco viene somministrato durante l'ultima fase della gravidanza, o ad alte dosi durante il travaglio, si possono prevedere sul neonato effetti quali ipotermia, ipotonia e depressione respiratoria

moderata, dovuti al meccanismo di azione del farmaco. Inoltre, i bambini nati da madri che hanno assunto benzodiazepine in maniera cronica durante le ultime fasi della gravidanza possono avere sviluppata dipendenza fisica ed avere qualche rischio di pericolo post-natale. Dato che le benzodiazepine vengono ritrovate nel latte materno, non devono essere somministrate alle madri che allattano. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari** La vigilanza, l'attività e la destrezza operativa possono essere indebolite. I pazienti non dovrebbero guidare od operare con macchinari nei giorni in cui il farmaco viene somministrato. **4.8 Effetti indesiderati** Gli effetti indesiderati sono dose-dipendenti e sono generalmente moderati e rari; il più comune è la sonnolenza. Più raramente appaiono vertigini, difficoltà di concentrazione, atassia e diplopia. A questi effetti secondari sono particolarmente sensibili i pazienti anziani. In alcuni casi, è stata riportata inibizione della funzione respiratoria, attenuazione della emozione, riduzione della vigilanza, confusione, astenia, cefalea, debolezza muscolare. Reazioni paradossali come eccitazione, aggressività e allucinazioni si sono verificate rarissimamente. Questi fenomeni possono verificarsi principalmente all'inizio della terapia con benzodiazepine e solitamente scompaiono proseguendo il trattamento. Nei pazienti anziani, trattati ad alte dosi, possono manifestarsi stati confusionali. Occasionalmente sono stati riportati altri effetti collaterali quali: disturbi gastrointestinali, alterazioni della libido e reazioni cutanee. **Amnesia** A dosaggi terapeutici può verificarsi amnesia anterograda, ma il rischio è maggiore con dosi più elevate. Gli effetti amnesici possono associarsi a comportamento inappropriato (vedere anche la sezione "Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso"). **Depressione** Durante l'uso di benzodiazepine possono rendersi manifesti stati di depressione preesistenti. **Reazioni psichiatriche e "paradossali"** È noto che durante l'uso di benzodiazepine possono verificarsi le seguenti reazioni: irrequietezza, agitazione, irritabilità, aggressività, deliri, accessi di ira, incubi notturni, allucinazioni, psicosi, comportamento inappropriato ed altri effetti collaterali di tipo comportamentale. Tali reazioni possono essere abbastanza gravi. La comparsa di queste reazioni è più probabile nei bambini e negli anziani. In soggetti predisposti possono manifestarsi reazioni di ipersensibilità. **Dipendenza** L'uso prolungato di benzodiazepine può portare ad una dipendenza fisica e psichica da questi farmaci. Il rischio di dipendenza aumenta in funzione del dosaggio e della durata del trattamento. È inoltre maggiore nei pazienti con precedenti di abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Nei casi in cui si sia sviluppata dipendenza fisica l'interruzione brusca del trattamento provocherà sintomi da sospensione che possono includere cefalea, dolori muscolari, ansia estrema, tensione, irrequietezza, confusione ed irritabilità. In casi gravi possono verificarsi i seguenti sintomi: derealizzazione, depersonalizzazione, ipercacusia, intorpidimento e formicolio alle estremità, ipersensibilità alla luce, al rumore ed al contatto fisico, allucinazioni od attacchi epilettici. **4.9 Sovradosaggio** Il sovradosaggio da qualsiasi specialità medicinale, è necessario tenere presente che potrebbero essere state assunte più sostanze. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Diazepam ha attività ansiolitica, sedativa, ipnotica, anticonvulsivante e miorellassante. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** L'assorbimento del farmaco è rapido e completo. Il picco plasmatico di diazepam si ha circa 10-20 minuti dopo la somministrazione rettale della soluzione di diazepam. È metabolizzato nel fegato ed il suo maggiore metabolita, desmetildiazepam, è farmacologicamente attivo. Diazepam si diffonde in tutto l'organismo e passa rapidamente la barriera emato-encefalica. Nel sangue il 96-98% di diazepam si lega alle proteine plasmatiche. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non sono stati rilevati, negli animali, effetti patologici alle dosi terapeutiche umane. Data la sua bassa tossicità, diazepam possiede un favorevole rapporto rischio-beneficio. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Lista degli eccipienti** Acido benzoico, acqua depurata, alcool benzilico, etanolo, glicole propilenico, sodio benzoato. **6.2 Incompatibilità** Nessuna. **6.3 Validità** 30 mesi, a temperatura inferiore a 25°C, a confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Dopo l'apertura del foglio di alluminio conservare a temperatura inferiore a 15°C. **6.5 Natura e capacità del contenitore** - Astuccio contenente 4 microclisteri di polietilene a bassa densità, gialli, di 5 mg/2,5 ml, confezionati in busta di alluminio laminato. - Astuccio contenente 4 microclisteri di polietilene a bassa densità, gialli, di 10 mg/2,5 ml, confezionati in busta di alluminio laminato. **6.6 Istruzioni per l'uso** **Uso rettale** - Porre il bambino con l'addome sulle vostre ginocchia, con i glutei sollevati. - Togliere la capsula di chiusura dal microclistere e ungere il beccuccio. - Inserire il beccuccio nell'ano. Nei bambini di età inferiore a 3 anni è consigliato inserire nell'ano il beccuccio fino a metà della lunghezza dello stesso, in quelli di età superiore e negli adulti inserire nell'ano il beccuccio per l'intera lunghezza. - Importante: per vuotare il microclistere, il beccuccio deve essere inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del microclistere. - Quando il microclistere è vuoto, ritirare il beccuccio continuando a far pressione sull'ampolla del microclistere. - Tenere il bambino nella stessa posizione e stringere i suoi glutei per alcuni minuti onde evitare l'uscita di liquido. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** DUMEX-ALPHA A/S - 11, Dalslandsgade - DK-2300 Copenhagen S *Rappresentante per l'Italia:* Ravizza Farmaceutici Spa - Via Europa, 35 - 20053 Muggio (Milano) **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** - 4 microclisteri di 5 mg/2,5 ml (2 mg/ml) A.I.C. n. 029417019 - 4 microclisteri di 10 mg/2,5 ml (4 mg/ml) A.I.C. n. 029417021 **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 17.12.1998 **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Maggio 1999





Ricerca

L'obesità nella pratica ambulatoriale

Aurelio Nova, Elisabetta Sala

a nome del Gruppo collaborativo PdB-Obesità*

*A. Bettinardi, A. Biolchini, P. Bovolato, L. Brivio, R. Cazzaniga, A. Corbetta, L. Crespi, G. Fasani, C. Gussoni, G. Lietti, M. Limonta, G. Meregalli, M. Narducci, A. Nova, E. Sala, L. Scotti, B. Vignati, F. Zanetto

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 12-14

Obiettivi: confrontare due diversi tipi di intervento miranti a diminuire l'eccesso ponderale (EP) in bambini obesi, gestibili dal pediatra di base (PdB).

Metodi: studio prospettico controllato con randomizzazione dei PdB in due differenti gruppi di trattamento: A= trattamento leggero, B= trattamento intensivo. Soggetti: bambini obesi fra i 3 e i 12 anni, con eccesso ponderale >20% del peso corporeo ideale.

Risultati: 18 dei 139 PdB contattati (13%) hanno partecipato allo studio ed hanno arruolato 186 bambini, 114 nel gruppo A e 72 nel gruppo B; 72 bambini del gruppo A, comparabili con quelli del gruppo B per sesso, età ed EP sono stati selezionati per l'analisi. A 6 mesi, valutando 59 soggetti del gruppo A e 51 del gruppo B, l'eccesso ponderale era diminuito sia nel gruppo A (-3.3%) sia nel gruppo B (-8.8%), con differenza tra gruppo A e gruppo B statisticamente significativa. Le variazioni osservate sono correlate con le modificazioni delle abitudini alimentari e con il grado di coinvolgimento dei genitori.

Commento: i risultati, sebbene preliminari, suggeriscono che il ruolo attivo del PdB può contribuire a diminuire l'EP tra i suoi pazienti, nonostante alcune difficoltà sperimentate nella pratica.

Parole chiave: obesità, trattamento, pediatri di base.

Per corrispondenza:
Elisabetta Sala,
E-mail: gambacorti@istitutotumori.mi.it

Obiettivi

Nella pratica ambulatoriale del PdB è frequente il riscontro di bambini in sovrappeso. In Italia la prevalenza dell'obesità tra i bambini in età scolare è stimata tra l'8 e il 18%, con una tendenza in sicuro aumento (1,2). Le condizioni patologiche associate ad obesità sono ad insorgenza tardiva ma le lesioni iniziali, ad esempio della malattia cardiovascolare, si instaurano già nel bambino in sovrappeso (3). La presenza di obesità in età pediatrica rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di obesità in età adulta, rischio che aumenta ulteriormente per la concomitanza di obesità nei genitori (4). Il bambino obeso sperimenta inoltre una situazione di malessere psico-fisico per scarsa stima di sé, limitazione della vita di relazione e impedimento nell'attività fisica (5).

Può risultare pertanto importante individuare chi è a rischio di sviluppare obesità in età adulta e attuare misure preventive adeguate. I dati di un'analisi condotta su pediatri americani evidenziano come questi pur professionalmente coinvolti dal problema obesità si sentano, nello stesso tempo, privi di adeguati strumenti operativi (6). Poiché non esistono al momento protocolli terapeutici efficaci nel controllo a medio-lungo termine dell'obesità infantile, abbiamo confrontato l'effetto di due diversi interventi, gestibili dal pediatra a livello ambulatoriale, finalizzati a ridurre l'eccesso ponderale in bambini obesi.

Metodi

Soggetto dello studio sono stati bambini obesi (EP >20% del peso corporeo ideale) di età compresa tra 3 e 12 anni compiuti, seguiti dal PdB.

Tramite i partecipanti a "Bella", per-Corso di ricerca in pediatria di base, organizzato dal Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano, sono stati contattati 139 PdB di varie regioni italiane. I PdB che hanno aderito allo studio sono stati randomizzati in due gruppi (A-B) con diverse modalità di trattamento. Nel gruppo A venivano fornite alla famiglia solo informazioni dietetiche e comportamentali generali con controlli a 6-12-24 mesi. Il gruppo B prevedeva un trattamento più intenso, con un coinvolgimento attivo maggiore sia per il PdB sia per il bambino ed i suoi genitori: è stato consegnato uno schema dietetico dettagliato e sono state fornite informazioni precise circa l'attività fisica, l'impegno dei genitori e l'utilizzo di un diario alimentare; le visite di controllo sono state programmate a 1 mese, 2 mesi e mezzo, a 4-6-9-12-15-18-24 mesi.

Per entrambi i gruppi sono state utilizzati opuscoli informativi elaborati appositamente, schede per la raccolta dei dati e sono stati valutati i seguenti parametri: percentuale di adesione alle visite di follow-up, eccesso ponderale a 6-12-24 mesi, modificazioni comportamentali agli stessi tempi (rilevazione del numero di ore settimanali di attività fisica, del tempo di utilizzo di televisione e personal computer e presenza o meno di snack fuori pasto). Per il gruppo B sono stati valutati anche l'adesione alla dieta proposta e il grado di coinvolgimento dei genitori, classificato come "buono", "sufficiente" o "scarso" in base ad una valutazione glo-

bale e soggettiva dei dati raccolti e di quanto emerso dal colloquio con la famiglia in occasione del controllo. Per la gestione e per una prima analisi dei dati è stato utilizzato il software EPI info versione 6.04.

Risultati

Vengono presentati i risultati parziali, relativi alla prima scadenza di valutazione (6 mesi).

Dei 139 PdB hanno aderito allo studio solo 18 (13%), di cui 1 di Milano e 17 della provincia, che hanno arruolato 186 bambini obesi: 114 nel gruppo A e 72 nel gruppo B (*tabella 1a*). Nonostante la bassa percentuale di adesione dei PdB, è stato raggiunto il numero minimo di bambini arruolati teoricamente necessario per una stima statistica. Nella *tabella 1a* sono espresse le caratteristiche dei due gruppi di bambini al tempo 0. I bambini del gruppo B sono risultati meno numerosi e con EP maggiore rispetto a quelli del gruppo A. Questo sbilanciamento nel numero e nelle caratteristiche, che rappresenta un bias soggettivo introdotto dai PdB del gruppo B, è stato superato selezionando per l'analisi 72 bambini del gruppo A, comparabili con quelli del gruppo B per sesso, età ed EP (*tabella 1b*).

Tabella 1a. Popolazione arruolata

| | N. | M/F | Età (mesi) | EP (%) |
|----------|-----|--------|------------|---------|
| Gruppo A | 114 | 67/47 | 101 ± 25* | 38 ± 12 |
| Gruppo B | 72 | 38/34 | 102 ± 22 | 46 ± 16 |
| Totale | 186 | 105/81 | | |
| ± DS | | | | |

Tabella 1b. Gruppi di confronto

| | N. | M/F | Età (mesi) | EP (%) |
|----------|-----|-------|------------|---------|
| Gruppo A | 72 | 51/21 | 103 ± 26* | 45 ± 11 |
| Gruppo B | 72 | 38/34 | 102 ± 22 | 46 ± 16 |
| Totale | 144 | 89/55 | 103 ± 24 | 45 ± 13 |
| ± DS | | | | |

Tabella 2. Variazione dell'eccesso ponderale (EP) nel corso dei primi sei mesi di intervento

| | EP (%) | | P < 0.0005*** |
|--|----------------|----------------|---------------|
| | Gruppo A (59)* | Gruppo B (51)* | |
| Inizio | 43.9 ± 11.1** | 45.1 ± 15.8 | |
| 6 mesi | 40.6 ± 10.7 | 36.3 ± 16.3 | |
| D | - 3.3 ± 9.2 | - 8.8 ± 6.6 | |
| * bambini pervenuti al controllo | | | |
| ** ± DS | | | |
| *** confronto tra la variazione di EP dei due gruppi | | | |

I dati seguenti si riferiscono quindi a due gruppi omogenei.

Si sono presentati alla visita di controllo dei 6 mesi 59/72 bambini del gruppo A (82%) e 51/72 del gruppo B (71%). La variazione dell'EP è stata calcolata sulla popolazione pervenuta al controllo.

A 6 mesi l'EP risulta diminuito sia nel gruppo A (-3.3%) sia nel gruppo B (-8.8%); la differenza di diminuzione dell'EP tra i due gruppi (*tabella 2*) è statisticamente significativa (P < 0.0005).

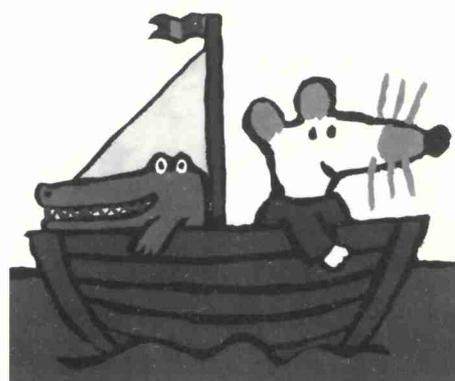
Riguardo alle modificazioni comportamentali indagate, a 6 mesi il 26% dei bambini del gruppo A e il 21% del gruppo B ha rinunciato a mangiare fuori pasto; si osserva tuttavia che nel gruppo A, e solo in questo, un 5% di bambini non assumevano fuori pasto al tempo 0 e hanno invece acquisito questa abitudine a 6 mesi.

All'interno del gruppo B si può notare che coloro che hanno seguito la dieta proposta (35%) hanno registrato una diminuzione dell'eccesso ponderale maggiore rispetto a chi non l'ha seguita (-12.1 ± 5.2 versus -7.2 ± 6.9 P < 0,004) e che la diminuzione dell'EP è migliore in modo statisticamente significativo quanto maggiore è il coinvolgimento dei genitori. La differenza di EP tra 0 e 6 mesi passa infatti da -12.5 ± 6.1 se il coinvolgimento è buono, a -4.4 ± 6.3 se è scarso. È il coinvolgimento dei genitori l'elemento determinante dell'adesione alla dieta e della conseguente diminuzione dell'EP: infatti il 73% dei bambini che hanno un buon coinvolgimento dei genitori seguono la dieta, mentre tutti i bambini che hanno uno scarso coinvolgimento dei genitori non seguono la dieta.

Discussione

Non essendoci un condiviso e consolidato "consensus" relativo alla gestione del bambino obeso (7), nel nostro lavoro abbiamo valutato una modalità di intervento di tipo comportamentale che ha visto coprotagonisti il PdB, il bambino e la sua famiglia. A tutt'oggi non esistono in letteratura studi relativi a questo tipo di approccio nell'ambito della pediatria di base.

La bassa percentuale di partecipazione tra i colleghi contattati, nonostante l'elevata prevalenza dell'obesità fra i bambini, potrebbe riflettere tale diffusa mancanza di certezze oltre ad una reale difficoltà per il PdB ad assumere impegni diversi dalla routine clinica quotidiana.



Dove il carico lavorativo è piú intenso, la partecipazione del PdB e della famiglia al protocollo proposto risulta essere meno adeguata: nel gruppo B, i PdB hanno arruolato bambini in numero decisamente minore che nel gruppo A, e con EP maggiore, e piú bassa è stata l'adesione al follow-up.

I dati del controllo a 6 mesi evidenziano però che un intervento piú globale e incisivo dà risultati migliori e statisticamente significativi nella diminuzione dell'EP, che risulta essere strettamente correlata al coinvolgimento della famiglia e all'adesione alla dieta proposta.

La coincidenza del controllo a 6 mesi con il periodo estivo, con le conseguenti modificazioni "obbligate" nella vita di un bambino in età scolare, non permette di valutare adeguatamente le variabili comportamentali relative all'attività fisica. Va inoltre sottolineato che sei mesi di follow-up rappresentano un tempo insufficiente per la valutazione degli interventi attuati. Sarà pertanto necessario proseguire il follow-up per poter giungere a conclusioni accettabili come previsto peraltro dal disegno dello studio.

Conclusioni

I risultati, seppure preliminari e con i limiti segnalati, mostrano che il ruolo attivo del PdB può contribuire a diminuire l'EP tra i suoi pazienti, almeno in una fase iniziale.

Deve essere tuttavia ancora individuato uno strumento operativo efficace ed efficiente, che superi le difficoltà incontrate nel coinvolgimento dei Pdb e delle famiglie nella gestione di un problema frequente e frequentemente eluso. ■

Bibliografia

- (1) Cerati F. et al. Screening dell'obesità nella popolazione scolastica della zona 20 di Milano e intervento di educazione alimentare. *Epid. Prev.* 1990;45:1
- (2) Maffei C. et al. Prevalence of obesity in children in North-east Italy. *Int.J.Obes.Relat.Metab.Disord.* 1993;17:287
- (3) Berenson G.S. et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *NEJM* 1998;338:1650
- (4) Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S. et al. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *NEJM* 1997;337:869
- (5) Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: Periodic health examination, 1994 update: Obesity in childhood. *Can. Med. Ass. J.* 1991;150:871
- (6) Price J.H. et al. Pediatricians perceptions and practices regarding childhood obesity. *Am. J. Prev. Med.* 1989;5:95
- (7) Bellù R. Obesità: Prevenire, curare o lasciar perdere? *M. e B.* 1998;10:653



Perugia

29 settembre - 1 ottobre 2000

MEDICINA E SOCIETÀ

29 Settembre

Apertura lavori, ore 10.00

- Medicina pubblica e medicina privata: il verme nella radice F. Panizon (Trieste)
- L'esperienza Lombarda: le case di cura private F. Sereni (Milano)
- Dio e mamma: si possono servire due padroni? A. Donzelli (Milano)
- Libera professione in ospedale: luci e ombre G. Longo (Trieste)
- Governare la spesa G. Simon (Udine)

ore 15.00

- Editoriale Il mestiere di pediatra V. Calia (Roma)
- La tosse e le tossi G. Longo (Trieste)
- Break
- Novità in pediatria 1 F. Panizon (Trieste)
- Glossario di Evidence Based Medicine S. Fedele (Palermo)
- Epidemiologia del suicidio G. Bartolozzi (Firenze)

30 Settembre

ore 09.00

- Quando il chirurgo si lega le mani A. Messineo (Trieste)
- Olio? Pesce? Olio di pesce? Basi molecolari ed esperienze L. Greco (Napoli)
- Glossario di Evidence Based Medicine S. Fedele (Palermo)
- Gruppi

ore 15.00

- Tutta la nefrologia nell'esame di urine L. Peratoner (Pordenone)
- La crescita del bambino allattato al seno M. Mayer (Napoli)
- Formazione continua: il Journal Club G. Biasini (Cesena)

1 Ottobre

ore 09.00

- Gli antibiotici nella profilassi A. Ventura (Trieste)
- Capire le malattie giocando con le ipotesi A. Tommasini (Trieste)
- Epatiti di importazione G. Maggiore (Pisa)
- Novità in pediatria 2 F. Panizon (Trieste)
- Gruppi

Sabato mattina:

- Pubblicare sul New England Journal Medicine L. Greco, M. Mayer
- Chirurgia A. Messineo
- Vaccinazioni G. Bartolozzi

Sabato pomeriggio:

- Come si realizza un Journal Club G. Biasini, S. Fedele, R. Ferracane
- Gastroenterologia G. Maggiore, A. Ventura
- Nefrologia L. Peratoner

Attesa di vita e spesa sanitaria

Ampia è sempre stata la discussione sui rapporti fra entità della spesa sanitaria e salute prodotta. Più spesa, più lunga vita? I dati dell'OCSE che pubblichiamo sembrano proprio dire di no. E allora? Forse non è quanto ma come si spende? Sembra proprio di sì. L'ultimo aggiornamento dell'OCSE, *Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico*, (Sole 24 Ore 7-13 settembre 1999) sulla situazione

| | Media | Primo | Ultimo | Italia | USA |
|-------------------------|-------|---------------|--------------|--------|------|
| Spese % sul PIL | 7.8 | USA 13.9 | Turchia 4 | 7.6 | 13.9 |
| Attesa di vita | | | | | |
| Femmine | 79.6 | Giappone 83.8 | Turchia 70.8 | 81.3 | 78.8 |
| Maschi | 73.3 | Giappone 77.2 | Turchia 66.2 | 74.3 | 71.8 |
| Media 1000/abit. | | Italia 5.8 | Turchia 1.1 | 5.8 | 2.7 |

sanitaria dei 29 paesi membri (dati 1997), analizzata utilizzando la parità di potere d'acquisto, dà i risultati riassunti nella tabella. È dimostrato come l'effetto principale dei sistemi sanitari, l'attesa di vita, non ha nessun rapporto con la spesa totale per la sanità. Il Giappone, infatti, con il 7.2% di spesa sul PIL, nettamente inferiore alla media dei paesi OCSE, ottiene i migliori risultati contro la maggiore spesa del mondo che rimane quella degli USA. Negli ultimi sette anni l'attesa di vita in Giappone è aumentata di 2 anni, in Italia di 1.3, in USA di 1.2. Il distacco è cioè

aumentato. Conta il numero dei medici? I medici/1000 abitanti del Giappone sono 1.8, più bassi dell'Italia e degli USA, sicché neppure questo parametro sembra influente sull'attesa di vita. Neppure influenti sembrano i medici di famiglia: 0.9/1000 in Italia, 0.8 in USA, 0.6 in Turchia. Contano i farmaci? La spesa totale per i farmaci rispetto al PIL dimostra che il Giappone spende l'1.5% (esattamente come l'Italia, ottenendo ben altri risultati), mentre gli USA spendono l'1.2 e la Turchia lo 0.7. La spesa farmaceutica a carico del servizio pubblico per l'Italia è del

41%, per il Giappone del 65.8% per gli USA del 14%. Gli ospedali? La maggiore spesa ospedaliera, allo stesso modo, non influisce sull'attesa di vita: gli USA spendono il 48.7% del loro investimento contro una media OCSE del 46.5% ed una media Ue del 42.8% mentre il Giappone spende solo il 30.4% e l'Italia il 46.7%. Farmaci, Ospedali, numero dei medici sembrano dunque ininfluenti.

Maggiore spesa per farmaci nel 1998 Stavolta non paga solo lo Stato

La spesa per farmaci nell'anno 1998 ha superato i livelli previsti di settecentotredici miliardi (mld). Invece di essere di 12.200 mld la spesa è stata di 12.913 mld. Ci sono regioni che hanno sfiorato ed altre che hanno risparmiato. Nella *tabella 1* vi è la graduatoria di quelle che hanno sfiorato con i relativi disavanzi in mld. È chiaro che regioni più popolate hanno la possibilità di avere deficit maggiori e che per avere la misura giusta del deficit occorre

dividerlo per il numero di abitanti.

La *tabella 2* esprime la graduatoria delle regioni che hanno risparmiato con i relativi risparmi in mld; anche qui per avere la misura giusta del risparmio occorre dividerlo per il numero degli abitanti.

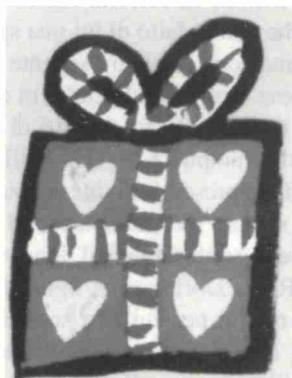
Per ripianare questo deficit non interverrà solo lo Stato (che pagherà per il 40% cioè verserà 458 mld), ma anche le farmacie, i grossisti e l'industria. Tale intervento di riparazione del "buco" riguarda naturalmente le regioni della *tabella 1* che, a parte la Liguria sono regioni del centro-sud. Le farmacie del centro-sud per ripianare il deficit pagheranno ciascuna, a seconda del fatturato, fra 1 e 16 milioni, i grossisti, sempre a seconda del fatturato, pagheranno ciascuno una media di 50 milioni, le industrie pagheranno una media ciascuna di poco meno di mezzo miliardo. Le regioni "virtuose" si spartiranno 503 mld, suddivisi secondo quanto riportato nella *tabella 1*, che potranno investire in altre attività a loro completa scelta.

Tabella 1

| | |
|------------|-----|
| Campania | 418 |
| Sicilia | 203 |
| Lazio | 191 |
| Puglia | 148 |
| Calabria | 74 |
| Liguria | 41 |
| Abruzzo | 21 |
| Umbria | 18 |
| Marche | 14 |
| Basilicata | 9 |
| Sardegna | 8 |

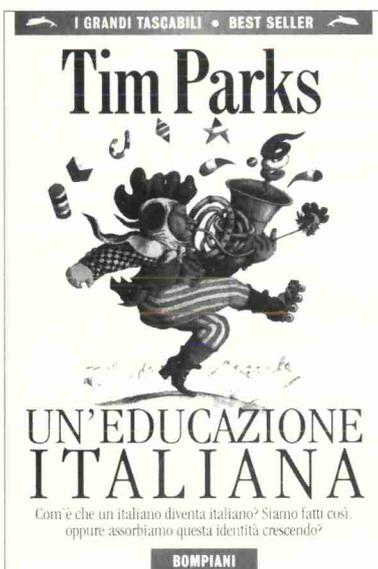
Tabella 2

| | |
|-------------|-----|
| E. Romagna | 120 |
| Veneto | 97 |
| Lombardia | 76 |
| Toscana | 67 |
| Piemonte | 47 |
| F.V. Giulia | 45 |
| Bolzano | 20 |
| Trento | 17 |
| Val D'Aosta | 3 |
| Molise | 3 |



Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Tim Parks è un giovane autore inglese (è nato nel 1954) che vive in Italia e al suo attivo ha già una dozzina di libri, di cui tre tradotti in italiano. Vale la pena incontrarlo per la prima volta attraverso il suo *“Un'educazione italiana”*. Prendendo come osservatorio la propria famiglia, ormai italianizzata (la moglie Rita e i figli Michele e Stefania) Parks traccia un panorama di vizi, virtù e manie tipicamente italiani: l'approssimazione, il bigottismo, la calciomania, l'incomprensione tra nord e sud, i difetti delle istituzioni pubbliche. Inizia con il periodo di vacanza sulla spiaggia di Pescara: *“Ho detto famiglie, ma in realtà non ci sono uomini in questi gruppi familiari, perché non è il fine settimana e non sono ancora cominciate le vere vacanze degli italiani. È giugno. Una madre già innervosita trascina un enorme squalo gonfiato. I suoi due maschietti rimorchiano un canotto stracolmo di giocattoli. Si stabiliscono, come fanno tutti i giorni, sotto l'ombrellone dirimpetto al nostro. Quello è il loro ombrellone. Affittato per l'intera stagione. Numero 34. Ma no, i bambini non possono andare in acqua. No! Per carità! È troppo presto per fare il bagno. Non prima delle dieci! Anche se la temperatura sfiora già i 28 gradi...”*. La narrazione si svolge poi nel racconto della vita quotidiana della sua famiglia e dei vicini: dalla folcloristica scenetta dell'acquisto della casa, alla periferia di Verona, con l'assise di condominio, ai rapporti con i nonni, dall'ossessione dei pasti all'insegnamento a scuola, dove svelano ai pargoli che tutti sono fratelli perché tutti figli della Madonna. *“Ma come fa la mamma italiana a suscitare questo legame straordinario e meravigliosamente insidioso, che gli italiani chiamano mammismo? (e quando ne parlano, ne saranno al contempo compiaciuti e preoccupati, come quando parlano del debito pubblico o della corruzione dilagante). È uno di quegli ingredienti fissi della vita italiana, ai quali bisogna abituarci. Non serve a nulla chiedersi se è una cosa buona o cattiva. In questo senso, si può paragonare al tempo o alla cucina inglese”*. Il quadretto che ne esce è uno spaccato completo e spiritoso della vita degli italiani. L'Italia: luogo ideale per crescere. O, forse, per non crescere mai.

Nicola D'Andrea

Tim Parks *Un'educazione italiana* Bompiani, 1998, pp. 320, Lit. 14.500



Molto, molto stranamente ad una documentata richiesta di impostare un insegnamento di strada il Ministero rispose rapidamente sorprendendo anche Marco Rossi Doria, giovane maestro nato in una famiglia di meridionalisti (il padre era Manlio Rossi Doria, studioso di economia e politica agraria e fra i fondatori del Partito d'Azione). Marco risente di un passato trascorso fra uomini di cultura, rigorosamente democratici come Ernesto Rossi, Giustino Fortunato, che hanno fatto di lui una specie di missionario laico in terra di Campania. La rigorosa formazione familiare si sente in tutto il libretto. Nasce come insegnante “normale” in una paese “sotto il vulcano”, fra direttori fiduciosi ed antiquati, ma onesti, fra colleghi fiduciosi e sfiduciati, fra maestri di sinistra più dediti alla politica che all'insegnamento, fra bidelli vampiri e ragazzi bellissimi e malati. L'ispirazione di fare il maestro di strada nasce dalla presenza di una stanza aperta sulla strada con una cartellino appiccicato: “Sportello sociale”; e con dentro, ad offrirsi alla società circostante, una sorta di umanità disponibile al confronto ed al dono. Ottenuata l'autorizzazione, con certissima precisione, Marco Rossi Doria segna ogni giorno le attività che svolge, il numero dei ragazzi incontrati i motivi per cui non sono andati a scuola, il numero degli operatori che gli hanno dato una mano. Un piccolo diario di bordo segna la collateralità della sua partecipazione all'impegno nelle sale gioco, nelle

ludoteche, nelle strade, sui muretti dove il maestro porta la scuola, raccontando e leggendo fiabe e racconti, inventando laboratori che incredibilmente funzionano. Il maestro opera dovunque i bambini socializzano diventando da maestro mediatore culturale; così gli nasce l'idea del progetto "Chance" di cui Cesare Moreno ha scritto sul numero 1/2000 di *Quaderni acp*.

Giancarlo Biasini

Marco Rossi Doria *Di mestiere faccio il maestro* L'ancora del mediterraneo editore, pp. 178, Lit 18.000

Morris è un complessato professore d'inglese che vive a Verona e tira a campare insegnando la lingua di Shakespeare ai rampolli delle locali famiglie bene:

"... si precipitava da una casa all'altra, giorno dopo giorno, schivando pozze e scavalcando le pietre sconnesse del selciato". Sta preparando la sua personale vendetta contro la Vita. Basterà sposare Massimina, una sua ricchissima allieva, e il gioco è fatto. "Forse era solo questione di tenere gli occhi ben aperti, un prolungamento di quella sensazione di Morris-contro-il-mondo-intero che aveva provato tante volte a scuola." Ma la famiglia della ragazza non ci pensa neanche lontanamente alla possibilità che un tipo, "destinato a trascorrere così la sua vita, anno dopo anno, a contare ogni minuto di lezione e a tradurlo in lire, infagottandosi nelle coperte d'inverno, condannato agli autobus cittadini...", diventi membro di quella stirpe. A Morris non resta allora che escogitare un piano diabolico, che prevede il rapimento della ragazza e la richiesta di un cospicuo riscatto. Al termine del racconto si potrà dedurre che... il crimine paga. Gli sviluppi del sequestro sono molto divertenti e il finale a sorpresa, rende il libro un "thriller arguto e tagliente, dal ritmo incalzante, a tratti terrificante e spesso molto divertente", secondo il critico del *The Times Literary Supplement*. Tim Parks tratteggia, dietro le quinte del noir perfetto, una satira delle "illusioni perdute" degli intellettuali di oggi e anche una caricatura irresistibile dell'opulenta borghesia di provincia.

Nicola D'Andrea

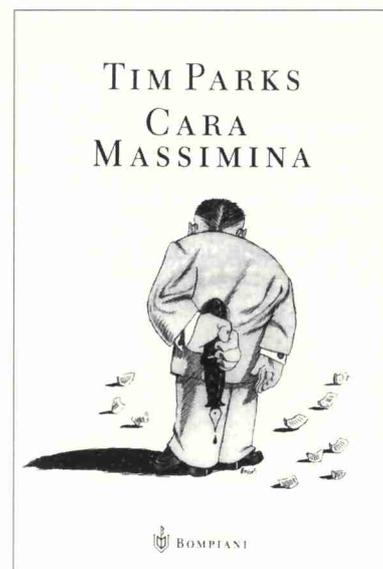
Tim Parks *Cara Massimina* Bompiani, 1999, pp. 223, Lit. 26.000

Può essere utile il computer a un bambino? Per farne che? Sappiamo che si può scrivere, fare i calcoli, fare i compiti; ma non ignoriamo che l'uso primario che ne fanno i ragazzi è quello di giocare! Giocare con il computer è veramente una cosa inutile? Quali sono i pro e i contro, i rischi e i vantaggi di questo strumento? È vero che ormai sta un po' dappertutto e quindi è meglio che i bambini imparino a usarlo fin da piccoli, ma si sentono anche tante cose: il lavaggio del cervello, i pericoli di Internet, i comportamenti violenti, l'isolamento.

A tutte queste domande e a tante altre, l'Autore risponde con una notevole chiarezza e con una straordinaria profondità, mostrando in qual modo le capacità cognitive, il pensiero e il linguaggio del bambino possano essere influenzate dall'utilizzo delle nuove tecnologie interattive basate sul calcolatore e come si siano evolute l'elaborazione, la comunicazione e l'apprendimento delle conoscenze.

Franco Dessì

Francesco Antinucci *Computer per un figlio* Laterza, 1999, pp. 138, Lit. 20.000





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° 2: 18-20

Continuiamo la pubblicazione della tavola Rotonda sullo "Star bene a scuola". La prima parte la trovate sul numero 1/2000 di Quaderni acp.

Nel febbraio 1999 a Cesenatico l'ACP, in collaborazione con il Centro di Iniziativa Democratica degli Insegnanti (CIDI) e 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'iniziativa scaturiva dalla necessità 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), e dalla ricerca di una loro integrazione per costituirsi come fattore protettivo dell'infanzia.

Nello scorso numero di Quaderni acp abbiamo pubblicato la prima parte della tavola rotonda ed una introduzione di F. Ciotti alla quale rimandiamo. Pubblichiamo ora la seconda parte della tavola rotonda cui partecipano G. Biasini, F. Ciotti, R. Iosa (ispettore scolastico), P. Peticari (pedagogista) ed A. Rossini (giudice minorile). Modera C. Buscherini (direttrice didattica).

Cinzia Buscherini: *agli insegnanti è richiesto un nuovo ruolo: non più docente trasmettitore di conoscenza ma insegnante capace di predisporre le condizioni per l'apprendimento e in grado di offrire risposte adeguate ai bisogni di apprendimento e di relazione degli alunni. Come si può concretizzare la nuova professionalità richiesta all'insegnante all'interno dell'azione didattica?*

Paolo Peticari: *è auspicabile una più proficua gestione del tempo a scuola, pensando che non si possa solo ed esclusivamente considerare il tempo del progetto. Sicuramente il tempo progettuale è un tempo fondamentale, ma occorre istituire due tempi istituzional-*

mente legittimi: il tempo come progetto e il tempo come sfondo, e considerare anche il tempo degli eventi imprevisti che irrompono nel tempo ordinario. Il tempo a disposizione dell'insegnante deve essere diviso in base alla necessità di tempi di sviluppo diversi tra diversi bambini ma anche del singolo bambino. Altro problema è quello delle connessioni e dei concatenamenti che si riescono ad istituire tra le diverse materie a scuola e tra i diversi tempi che si vivono a scuola. Imparare a fare le connessioni richiede anche capire meglio le cose. A volte i collegamenti si improvvisano, ma alcune volte richiedono una lunga e attenta preparazione. La qualità di una scuola è fatta dalla qualità delle connessioni che un insegnante crea insieme al gruppo classe e ai singoli bambini che ne fanno parte. Per fare questo dovrebbe essere concessa agli insegnanti che si trovano in situazioni di difficoltà e di disagio la possibilità di prendersi dei tempi di approfondimento, delle pause utili a rivisitare i problemi. La cura di sé richiede, in rapporto alle situazioni in cui ciascuno deve operare, la possibilità di riformulare i contesti e i tempi attraverso cui attuare le connessioni.

Cinzia Buscherini: *si teme che il processo di autonomia scolastica porti ad un eccessivo carico di progetti. Vorrei chiedere a Iosa se questo timore è giustificato e se viene considerata la possibilità di attuare un progetto unitario che ricomponga le miriadi di progetti che oggi troviamo nella scuola.*

Raffaele Iosa: *il timore è reale, anche se chi lavora per l'autonomia ha il desiderio di alleggerire, di rendere essenziale, di fare quello che conta davvero. Vorrei usare un aneddoto per spiegarmi meglio. Prima di Natale sono andato ad una festa di quartiere*

dove c'era l'intera scuola materna affidata ai nonni. Il comportamento naturale dei bambini è stato quello di cominciare a fare chiasso, mentre i nonni volevano che i bambini stessero zitti. Mi è venuto in mente Vygotskij e il tema della didattica individualizzata. Col suo modello Vygotskij ci ha sempre detto che più si tenta di fare un lavoro individualizzato, più le differenze aumentano. La flessibilità della scuola deve anche essere il cicaleccio dei bambini perché si impara stando insieme e non isolandosi. La scuola è per antonomasia il luogo della socialità, dove il bambino in difficoltà apprende dal bambino che va bene. Fra trent'anni dei 50 bambini della festa, forse 30 saranno iuventini, 3 si laureeranno, 25 si diplomeranno, 12 avranno un titolo professionale, 6 saranno tossicodipendenti, 6 omosessuali, 12 si separeranno, 5 avranno bisogno di una fecondazione artificiale per diventare genitori, 20 useranno psicofarmaci. Dobbiamo occuparci ora se quei bambini saranno felici fra trent'anni? Non possiamo fermarci al presente, dobbiamo pensare al futuro delle generazioni, e so che questi bambini più staranno insieme e meglio sarà. Allargare i luoghi nei quali la gente sta con la gente può significare che la scuola si trasformi in una piazza ma ciò è da preferire alla scuola trasformata in un lager: si pensi al divieto alle mamme di portare a scuola la torta il giorno del compleanno del figlio. Non si accetta il percorso della vita e dell'infanzia come dialettica tra bene e male, tra positivo e negativo. È probabile che il mondo diventerà sempre più eterogeneo e il nostro mestiere sarà trattare le differenze, mentre



fino ad ora abbiamo trattato soprattutto la normalità e considerato le differenze come problemi. Se dovremo riscrivere i programmi scolastici, dovremo farlo per renderli essenziali, per fare meno e meglio.

Cinzia Buscherini: *per affrontare le differenze, occorre prima di tutto accettarle anche se non è facile. Pensiamo dentro la scuola ai bambini aggressivi, che "disturbano", che rifiutano la scuola. Quali strategie possono adottare gli insegnanti in queste difficili situazioni? Come possono trovare un aiuto e un supporto? Lo chiedo a Ciotti.*

Francesco Ciotti: la domanda è difficile; non ho ricette ma soltanto alcune idee. Ogni comportamento è una comunicazione. L'aggressività può essere una comunicazione di qualcosa che non va, di un disagio, ma può esserlo altrettanto il silenzio, l'assenza, il bambino "buono" e silenzioso che sembra non esserci. Gli stili relazionali si apprendono e si tramandano di generazione in generazione e se il bambino ha uno stile aggressivo, forse lo ha imparato, in una rete relazionale familiare di tipo punitivo e coercitivo, dove è più usato il canale della punizione e dove quindi si creano dei circoli viziosi: "io sono come gli altri mi vedono, e se gli altri mi vedono cattivo io sono cattivo". Tuttavia questa comunicazione con il corpo, con l'azione, questi sintomi che, in adolescenza, sono a grosso rischio di devianza o di comportamento antisociale, stanno all'interno di una rete punitiva e coercitiva che può essere interrotta soltanto se il bambino nella sua crescita incontra, come fattore protettivo dalle esperienze falsificanti vissute, qualcuno che gli dà di lui un'immagine diversa da quella che ha avuto fino a quel momento. Da questo punto di vista l'insegnante, ma anche altre persone che può incontrare nella vita, possono essere fondamentali perché il suo percorso sia diverso da quello che probabilmente sarà. Purtroppo invece le cose di solito non vanno così. Come dicono i napoletani, il cane morde chi ha gli stracci, per cui chi è a rischio familiare somma su di sé altri rischi supplementari. Lo abbiamo già detto: in aree del sud il figlio

di disoccupati con bassa istruzione è anche quello che non va alla scuola materna perché non ci sono scuole, non va a vaccinarsi perché non lo chiamano, quando entra nella scuola la trova con doppi turni e con insegnanti che cambiano ogni tre mesi perché fuggono da lì. Somma un fattore di rischio sull'altro per cui la profezia del rischio si avvera. Ma mentre il bambino aggressivo non ha ancora rinunciato a sperare, a rivendicare il suo spazio, il bambino silenzioso è rassegnato, ha una sofferenza interiore che ha rinunciato ad esprimere all'esterno, a comunicarci. La scuola nelle relazioni degli insegnanti con il bambino, può bloccare la profezia che quel bambino è cattivo perché tutti sono cattivi con lui, e pas-



sare da una rete punitiva ad una rete protettiva facendogli incontrare qualcuno che si ferma a parlare con lui per costruire con lui un rapporto positivo. Quel "tempo" di cui parlava Peticari nella prima parte della tavola rotonda, quel "tempo" che nella sua famiglia non ha mai conosciuto e che non gli è mai stato dato.

Cinzia Buscherini: *dunque i bambini "invisibili", quelli che non parlano, sono più preoccupanti di quelli aggressivi. La scuola quando si trova a dare risposte che non rientrano nelle competenze degli insegnanti si rivolge a professionisti esterni, al pedagogo, al neuropsichiatra, all'assistente sociale. Chiedo a Biasini come è possibile interagire all'interno di finalità comuni senza che la scuola corra il rischio di perdere di vista il suo fine principale, quello di dare ai propri*

alunni una formazione rispondente ai bisogni individuali di apprendimento?

Giancarlo Biasini: il problema della collaborazione tra professionalità diverse ha molti aspetti e pone molti rischi che in questa tavola rotonda sono stati giustamente sottolineati. La collaborazione deve essere attuata “fra pari”, chiarendo che cosa significa “fra pari”: affrontare i problemi dall’inizio e insieme, anche cercando le ragioni del “non stare bene a scuola” fuori dalla scuola, senza che ciò significhi venire meno alle reciproche responsabilità. Spesso invece essa è intesa come “rispondi alle mie domande, dammi una soluzione su questo sintomo” invece che “lavoriamo insieme, cerchiamo una soluzione”. È difficile che oggi si possa star bene *solo* a scuola. Francesco Tonucci, a Fano, è riuscito a riunire presso l’Istituto Nazionale di Urbanistica un gruppo di studiosi per risolvere i problemi del bambino nella città, perché se la città diventa amica forse anche la scuola e la famiglia lo sono. Ci sono poi i linguaggi delle professionalità abituate ad essere separate come i medici e, lo abbiamo visto anche in questa tavola rotonda, gli insegnanti. I pediatri sono spesso interpellati sui problemi dell’apprendimento e della scuola, sul che fare per un bambino che non sta bene a scuola ma il pediatra non ha competenze consolidate e a lui deve venire un aiuto dalla scuola. Occorre cercare di allargare i luoghi della comunità perché professionisti diversi si incontrino e parlino, come si fa qui. Non è più possibile affrontare i problemi in solitudine, non possono farlo la famiglia, la scuola o il medico isolatamente.

Cinzia Buscherini: *comunicare fra pari è dunque cercare insieme una risposta ai problemi. Come può la scuola trovare aiuti concreti al Tribunale dei Minori prima che avvengano fatti delittuosi, in una logica di prevenzione, e come scuola e Tribunale possono collaborare per offrire al minore una possibile via d’uscita?*

Armando Rossigni: quando il minore commette reati penali entra in una spirale da cui è difficile uscire. Nelle situazioni patologiche familiari, quando il minore

ancora non ha commesso reati, il Tribunale interviene perché il minore possa vivere una situazione diversa, che non comporti sconfinamenti in penale. Il problema più grande da noi è la incomunicabilità tra le istituzioni. Nella rilevazione della Commissione ONU sui comportamenti delle nazioni, in relazione alla Convenzione sui diritti dei bambini, uno dei rilievi fatto all’Italia è che nel nostro paese le realtà istituzionali non comunicano e manca la capacità di ascolto del minore da parte dei singoli e delle istituzioni. Tra istituzioni come il Tribunale dei Minori, la scuola, i servizi sociali territoriali, le amministrazioni comunali, non c’è contatto sociale. Non mancano alcuni tentativi interessanti ma mancano gli strumenti normativi e si resta alle buone intenzioni delle persone. L’articolo 27 del Codice di procedura penale minorile, in vigore dal 1988, consente al Tribunale di ritenere penalmente irrilevante un fatto delittuoso e l’articolo 28 consente di mettere alla prova il minore colpevole se la presunzione è che egli non commetta più reati. La percezione dell’irrelevanza di un comportamento può essere relativa al contesto di riferimento e sarà diversa in una città tranquilla come L’Aquila o nel quartiere “Sanità” di Napoli. Se il minore ha comunque consapevolezza di quello che ha fatto e non viene sostenuto adeguatamente dall’azione educativa che solo la scuola può fare, può entrare nella sua logica una convinzione di impunità. Riflettiamo ora sul secondo caso, la messa alla prova. Giudici molto coraggiosi hanno messo alla prova dei minori omicidi, perché hanno ritenuto che la situazione nella quale il minore viveva era tale da averlo indotto ad uccidere. I giudici erano convinti che in una situazione totalmente diversa, quel minore avrebbe avuto comportamenti totalmente diversi. “Messa alla prova” significa che vengono individuate le condizioni per cui il minore possa essere recuperato; la scuola potrebbe essere il luogo centrale per la prova e se la prova ha esito positivo il Tribunale potrebbe ritenere addirittura il reato non commesso. Purtroppo il 70% dei minori che invadono il circuito penale non frequentano più la scuola e quando il bambino ha un problema, soprattutto un proble-

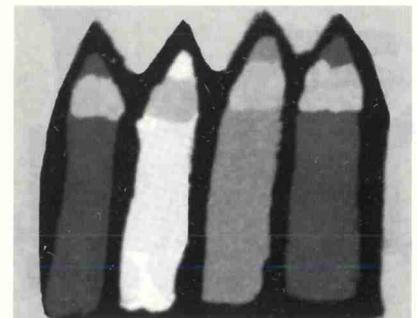
ma di maltrattamento, solidarizza col maltrattante e gli interventi del giudice minorile, dell’assistente sociale, dello psicologo, vengono attuati limitatamente al problema, non considerando la necessità del bambino di essere ascoltato. Per questo vi lascio con una poesia bellissima di Gianni Rodari dal titolo “Un signore maturo con un orecchio acerbo”.

*Un giorno sul diretto
Capranica-Viterbo vidi salire
un uomo con un orecchio acerbo;
non era tanto giovane, anzi era
maturato tutto tranne l’orecchio
che acerbo era restato.*

*Cambiai subito posto per essergli
vicino e potermi studiare il fenomeno
per benigno. Signore, gli dissi,
dunque lei ha una certa età
ma di quell’orecchio verde che
cosa se ne fa?*

*Rispose gentilmente: dica pure
che son vecchio; di giovane mi
è rimasto soltanto questo orecchio;
è un orecchio bambino; mi serve
per capire le voci che i grandi
non stanno mai a sentire;
ascolto quello che dicono
gli alberi, gli uccelli, le nuvole
che passano, i sassi, i ruscelli;
capisco anche i bambini quando
dicono cose che a un orecchio
maturo sembrano misteriose.*

*Così disse il signore con un orecchio
acerbo quel giorno sul diretto
Capranica-Viterbo. ■*



I problemi degli adulti sui volti dei bambini

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 21

“Ricomincia da oggi” è un film di Bertrand Tavernier che purtroppo in tanti non abbiamo visto. Ce ne parla Italo Spada perché possiamo vederlo quando ricapiterà sugli schermi delle nostre città.

Chi decide la validità di un film? Le mostre e i premi? Ma quanti film premiati con l'Oscar sono completamente ignorati da chi ha scritto una storia del cinema! I critici? La cronaca è piena di clamorosi abbagli, di intrecci poco onesti tra produttori e addetti ai lavori, di favoritismi per interessi! Il pubblico? Sappiamo tutti come negli anni '60/'70 certi film di Bergman, di Visconti e di Pasolini sono stati “smontati” dalle sale cinematografiche per lasciare il posto a “La supplente” e a “Quel gran pezzo della Ubalda...”! E allora chi è il vero arbitro della validità di un film? Il tempo, forse, questo giudice incorruttibile che premia e condanna, seppellisce e spolvera inesorabilmente e senza clamore.

C'è un film francese di Francois Truffaut, per esempio, che, pur non avendo entusiasmato il pubblico quando apparve sugli schermi, è diventato con il passare degli anni il più bel film della storia del cinema sui bambini. Chi si interessa di infanzia e non l'ha mai visto non perda tempo a recarsi in un negozio di videocassette e a comprarlo. Si intitola “L'argent de poche” e, in italiano, è stato tradotto con “Gli anni in tasca”. Ad esso fa riferimento l'ultimo film di Bertrand Tavernier “Ricomincia da oggi” passato come una meteora sui nostri schermi e ingiustamente trascurato da molti spettatori. Come nel film di Truffaut, anche in questo di Tavernier si raccontano più storie, tutte gravitanti sui bambini. Ad una prima lettura “Ricomincia da oggi” appare come la storia di un direttore di asilo che crede nel suo lavoro, lo fa con coscienza ed è continuamente costretto a fare i conti con difficoltà di tutti i generi: la burocrazia dei politici, la mancanza di mezzi, i vandali locali, le istituzioni, il rapporto con il figlio della donna che ama, ecc. Gli spettatori più attenti, tuttavia, non avranno difficoltà a notare come in questa “macro vicenda privata” si innestano tante altre “micro vicende” che vedono come

protagonisti i bambini e i loro genitori. Con un gioco di rimandi a catena, di parentesi che si aprono continuamente una all'interno dell'altra, vengono chiamati in causa gli adulti, con i loro problemi di disoccupazione, emarginazione, disagio esistenziale, povertà, alcolismo, disperazione. Girato sulla falsariga del documentario e con studiato realismo, il film è - come ha detto qualche critico - “un pugno nello stomaco dello spettatore”, ma è anche un ottimo esempio di cinema impegnato, una prova di come due ore di cinema possano essere sufficienti per comunicare mille messaggi. Con la macchina da presa Tavernier scava sui volti dei bambini, si sofferma sui loro occhi, sui loro gesti, sulle loro espressioni; registra le loro canzoncine e segue i loro giochi; li fissa mentre dormono, quando osservano smarriti e in silenzio, quando piangono... Non trae (non vuole trarre) conclusioni personali; vuole solamente indurre gli adulti a meditare sull'enorme responsabilità che si assumono quando - in modo consapevole o meno - scaricano i loro problemi sul mondo dell'infanzia, quando credono che la paternità dia il diritto di trasmettere ai propri figli anche le frustrazioni e le turbe psichiche che si trasci- nano dentro. ■



Per corrispondenza:
Italo Spada,
E-mail: italospada@libero.it

La nuova scuola

All'inizio dell'anno scolastico 2001-2002 un bambino che ha concluso la scuola materna verrà iscritto al primo anno del nuovo ciclo e non più alla prima elementare. I bambini che al settembre 2001 hanno frequentato almeno 1 anno delle elementari dovranno invece proseguire con il vecchio sistema fino alla media. Stessa procedura per il secondo ciclo: i ragazzi che conseguiranno la licenza media nel giugno 2001 cominceranno a frequentare il 1° anno del nuovo ciclo superiore nel settembre successivo. Chi ha frequentato già il 1° anno delle scuole superiori nell'anno scolastico 2000-2001 dovrà invece proseguire con il vecchio sistema fino al diploma di maturità. Così partirà la riforma della scuola che è stata approvata dal Senato il 2 febbraio del 2000. Scompariranno i 5 anni delle scuole elementari e i tre delle scuole medie. Ecco in dettaglio i nuovi cicli scolastici.

La scuola dell'infanzia (l'attuale scuola materna): destinata ai bambini tra 3 e 6 anni. Non è obbligatoria ma lo Stato si impegna a garantire la possibilità di frequentarla.

Scuola di base: sostituirà le elementari e le medie. La frequentano i bambini tra 6 e 13 anni. Al termine è previsto un esame di Stato dal quale dovrà emergere anche un orientamento (non vincolante) per la scelta dell'indirizzo da seguire alle superiori.

Scuola secondaria: durerà 5 anni e avrà 5 indirizzi, classico-umanistico, scientifico, tecnico-tecnologico, artistico e musicale. Tutti gli istituti di istruzione secondaria si chiameranno "licei". I primi 2 anni della scuola secondaria saranno obbligatori per tutti, per cui la scuola dell'obbligo terminerà a 15 anni. Nel corso del biennio sarà possibile passare da un indirizzo all'altro. Alla conclusione del periodo dell'obbligo sarà rilasciato un certificato attestante il percorso didattico svolto. Nel corso degli ultimi 3 anni, inoltre, è prevista la possibilità di realizzare esperienze formative e stage in Italia e all'estero, anche con brevi periodi di inserimento nelle realtà culturali, produttive, professionali. Al termine dei 5 anni del liceo si dovrà sostenere l'esame di maturità. La riforma segna una radicale trasformazione del nostro sistema scolastico che ha l'obiettivo di adeguarsi ai modelli

educativi presenti nella maggior parte dei paesi della Comunità europea, ridurre la dispersione scolastica e favorire un ingresso più rapido e qualificato nel mondo del lavoro. Funzionerà?

p. s.

I decili della ricchezza in Italia

Quote del reddito familiare per decili delle famiglie italiane secondo le denunce IRPEF 1995.

| Decili | Reddito medio annuo (lire x 10 ³) | Netto mensile (lire x 10 ³) |
|--------|---|---|
| 1 | 9.610 | 801 |
| 2 | 16.700 | 1.392 |
| 3 | 22.105 | 1.842 |
| 4 | 27.094 | 2.258 |
| 5 | 32.294 | 2.691 |
| 6 | 38.189 | 3.182 |
| 7 | 45.516 | 3.793 |
| 8 | 54.946 | 4.579 |
| 9 | 67.875 | 5.656 |
| 10 | 113.749 | 9.749 |

Da Bankitalia. *I bilanci delle famiglie italiane nell'anno 1995*

g.c. b.

Valproato? Attenti alla carnitina

Interessante case report su *The Lancet* (1999;353:1238): un bambino di 4 anni, con epilessia intrattabile, non riusciva a fare terapia con valproato di sodio (che risultava efficace nel controllo delle crisi) a causa di violenti dolori addominali. Dimostrata una carenza di carnitina (10 micromoli/L con v.n. >30 micromoli/L) e iniziato un supplemento alla dose di 100 mg 3 volte al dì, il bambino ha assunto senza problemi il farmaco. Gli autori suggeriscono di pensare sempre a tale evenienza in caso di assunzione di valproato di sodio. Si sa che la deficienza di carnitina può manifestarsi con disturbi della motilità intestinale; è stato ipotizzato un

aumentato rischio di carenza di carnitina in seguito all'assunzione di valproato in soggetti eterozigoti per un difetto di trasporto della carnitina attraverso la membrana cellulare.

s. c.n.

In Piemonte l'agenda della salute

L'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, particolarmente attivo in tema di salute materno-infantile, ha elaborato un'agenda della salute che accompagnerà il cittadino dalla nascita (sarà infatti consegnata nei punti nascita) all'adolescenza. L'attuale formulazione giunge fino al bilancio di salute del 6° anno, ma sono previste aggiunte per le età successive, facili da inserire per la caratteristica dell'agenda a fogli mobili con anelli. L'agenda riporta notizie amministrative, spazi per le foto del bambino alle varie età, la carta dei servizi del pediatra, i bilanci di salute, gli screening, i problemi rilevanti, le vaccinazioni: tutti i dati utili, insomma, alla conoscenza dei problemi di salute del bambino. L'agenda consente l'inserimento di fogli di dimissione, di comunicazioni fra operatori e di altri documenti sanitari. È stata presentata nel dicembre scorso dall'assessore alla sanità, il dr. Antonio D'Ambrosio. Sugeriamo ai gruppi ACP, interessati all'elaborazione di un libretto regionale, di esaminarla richiedendola all'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte.

a. r.

Sei miliardi di multa ai produttori di lattici artificiali

Il 16 marzo l'Antitrust ha emanato il seguente comunicato stampa che pubblichiamo senza commenti. "L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nell'adunanza del 2 marzo 2000, ha deliberato che le società Nestlé, Heinz Italia (ex Plada), Milupa, Nutricia, Humana e Abbott hanno violato l'art. 2 della legge 287/90 ponendo in essere un'intesa restrittiva della

concorrenza nel settore del latte artificiale per neonati. L'intesa riguardava, in particolare, i mercati del latte di partenza (per i bambini fino a 4-6 mesi d'età) e dei latti speciali (per esempio per bambini allergici). L'Autorità ha inoltre ritenuto che l'intesa sia di particolare gravità, in considerazione anche della specifica situazione di necessità nella quale si trova il consumatore, e ha quindi deliberato di comminare alle imprese sanzioni per un ammontare complessivo di circa sei miliardi di lire. La società Star, nei confronti della quale era stato avviato il procedimento istruttorio, non è stata ritenuta coinvolta nell'intesa. Il cartello, di cui è stata ordinata l'immediata cessazione, era volto a coordinare le rispettive politiche commerciali in materia distributiva, mantenendo le farmacie come prevalente canale distributivo ed escludendo i supermercati dalla possibilità di vendere tali tipologie di latte artificiale. Attraverso tale intesa, le imprese, per diversi anni, hanno potuto applicare ai consumatori italiani prezzi del latte per neonati notevolmente superiori rispetto a quelli praticati dalle stesse aziende in altri paesi europei. Infatti, sulla base di una approfondita analisi anche dei mercati esteri è stato accertato che i prezzi dei prodotti italiani risultano essere doppi e persino tripli rispetto agli analoghi prodotti venduti fuori dall'Italia. Tale effetto è stato reso possibile anche grazie alla prassi seguita, di regola, dalle farmacie, cioè quella di applicare al consumatore il prezzo consigliato dalle imprese".

Nuove norme per la Tutela del Lavoro Minorile

Sulla GURI n. 237 è stato pubblicato il Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n. 345, che modifica il regolamento sulla *Tutela del Lavoro Minorile* della legge 997 del 1967. L'Italia si adegua così alla direttiva dell'unione Europea del giugno 1994 e segna una svolta nella lotta allo sfruttamento del lavoro minorile. La legge distingue i bambini, coloro che non hanno compiuto 15 anni, dagli adolescenti, coloro che hanno un'età compresa tra 15 e 18 anni e che non sono più soggetti all'obli-

go scolastico. Per l'ammissione al lavoro è necessario avere completato l'istruzione obbligatoria e, in ogni modo, l'età minima è fissata a 15 anni, ad eccezione di alcune deroghe, previste dalla legge, che necessitano dell'assenso scritto dei genitori e dell'autorizzazione della Direzione Provinciale del Lavoro (attività culturali, artistiche, pubblicitarie, sportive, dello spettacolo). Per gli adolescenti (15-18 anni) il decreto fissa i limiti sui lavori pesanti e notturni e prevede i tempi per il riposo compensativo. Sono inoltre stabilite le norme per la sicurezza dell'ambiente di lavoro e gli accertamenti sanitari per l'idoneità (*Sole 24 Ore*, 19 ottobre 1999).

g. m.

La stampa e gli applausi per i gemelli: un altro autogol

Il prof. Carlo Flamigni, professore di ginecologia all'Università di Bologna, ha rilasciato questa dichiarazione dopo la nascita di una miriade di gemellini ad Avellino e Perugia: "non si può essere per nulla concordi con l'entusiasmo della stampa e dei media in genere per questi due eventi; non

siamo di fronte ad un successo della medicina bensì ad una sua grande sconfitta. Si tratta di un limite dei trattamenti ai quali sono state sottoposte le due mamme perché in ogni caso l'obiettivo, in questi casi, è una singola gravidanza. Obiettivo fallito. Le gravidanze plurime espongono a gravi rischi per i neonati" (*Kronos 18/01/2000*).

n. m.

Qualità microbiologica delle piscine

A Bologna un'indagine su 12 piscine pubbliche (*Leoni et al. Public Health 1999; 113:227*) ha rilevato come la qualità dell'acqua, sia per contenuto in cloro sia per presenza di batteri (conta di colonie), è conforme agli standard italiani. Un'analisi batterica delle superfici ha invece rilevato presenza di *Pseudomonas aeruginosa* e di *Candida Albicans*. Un esame fra due gruppi di 238 frequentatori di piscine e 238 sportivi non frequentatori di piscine ha messo in rilievo una prevalenza di verruche del 34% fra i primi e del 27% fra i secondi (differenza non significativa) che presumibilmente le hanno contratte in altri ambienti sportivi.

g. c. b.

Spesa sociale: spendiamo poco e male

Abbiamo messo insieme questa tabella scorrendo dati *Eurostat 1997*, *J. Hopkins 1996*, *Ministero del Tesoro 1998* e *Banca d'Italia 1998*. Come si vede la nostra spesa sociale globale è abbastanza bassa; bassissime sono le spese per la famiglia e le spese per le politiche del lavoro dedicate ai giovani mentre è alta la spesa per le pensioni. Si conferma una spesa sociale orientata tutta sugli anziani ed assai poco sulle generazioni più giovani ed una occupazione femminile molto bassa, come sappiamo fin dal congresso di Napoli sul "Bambino a rischio sociale" del 1995.

| | Italia | UE | UK | Francia | Germania | Spagna |
|--|--------|------|------|---------|----------|--------|
| Occupazione femminile % | 36.7 | 51.2 | 63.2 | - | - | - |
| Spesa Sociale/PIL | 23.5 | - | 26.7 | 29 | 28.2 | - |
| Spesa per pensioni/PIL | 12.8 | - | 9.1 | 10.6 | 11.4 | - |
| Politiche del lavoro per i giovani/PIL | 0.5 | - | 1.6 | 2.4 | 2.6 | 3 |
| Spesa per famiglia/PIL | 0.8 | - | 2.4 | 2.6 | 2.1 | - |

ONU

Complimenti agli USA

Nella seduta del 26 Agosto 1999 del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite è stata adottata, all'unanimità, una risoluzione che condanna il reclutamento dei bambini negli eserciti per il loro impiego nei conflitti. Quando poi si è discusso di innalzare il livello minimo di età per il reclutamento da 15 a 18 anni, i rappresentanti degli USA hanno opposto un veto assoluto. Nella stessa seduta l'Iraq ha accusato gli USA di mettere in pericolo la vita di migliaia di bambini a causa dell'imposizione alle Nazioni Unite di misure di embargo sempre più rigide.

Il Sudan, da parte sua, ha ricordato che il bombardamento della fabbrica Al-Shifa dello scorso anno ha privato i bambini di quel paese del 70% delle necessità farmaceutiche.

s. c.n.

ASIA

Violazioni del codice

In una lettera al *British Medical Journal* (1999;318:1140) Terence Perera (*Former senior public health administrator, family health, WHO South East Asia Region, Sri Lanka*) denuncia la costante violazione del codice internazionale di commercializzazione dei sostituti del latte materno nel suo paese e punta il dito contro le riviste mediche che accettano pubblicità che contrasta con i contenuti del codice. Non esistono, afferma, meccanismi efficaci per monitorizzare le violazioni del codice. Dunque, anche, ma non solo là!

s. c.n.

WWW

Alla ricerca dell'alieno

Partecipare al progetto di ricerca dell'Università della California *SETI@home project* è estremamente semplice per ogni utente internet; scaricando lo speciale screen saver disponibile al sito ciascuno di noi avrà ben una possibilità su un

milione (il calcolo è stato fatto dagli americani, ma ognuno è libero di rifarlo) di avere un contatto con una civiltà extraterrestre. Lo screen saver è infatti in grado di captare i potenti segnali del radiotelescopio di Porto Rico installato proprio per sondare segnali radio in arrivo dall'aldilà (scusate: dallo spazio).

s. f.

UK

Diseguaglianze e salute

I neonati con i padri nella posizione sociale IV (operai manuali ed agricoltori) e V (muratori, pulitori, ecc.) hanno un peso di 130 gr inferiore a quello dei neonati di padri in classe I (ingegneri, medici, ecc.) e II (insegnanti, giornalisti, operatori di marketing, ecc.) [*Inequalities in Health: London, The Stationary Office 1999;699*].

g.c. b.

USA

Pubblicità ai farmaci

In USA, nell'ultimo anno, l'investimento pubblicitario dell'industria farmaceutica diretto ai pazienti per i farmaci con obbligo di ricetta ha superato le quote di pubblicità destinate ai medici. In milioni di dollari queste spese di pubblicità erano di 200 milioni nel 1994 e sono giunte a 2.000 milioni nel 1999. Questa "risorsa" per le industrie farmaceutiche è per ora negata nella U.E. Per quanto tempo ancora? (*Sole 24 Ore-Sanità 11-17/1/2000*).

g.c. b.

WWW

"Grazie per non procreare"

È il motto dei movimenti che si sono schierati per la fine dell'umanità e predicano con il loro esempio il nuovo credo. A giudizio di questi extraverdi l'unica possibilità di salvare il pianeta è liberarlo dall'umanità. Per farlo basta smettere di riprodursi, in fondo la ricetta è molto

semplice... The Voluntary Human Extinction Movement, il Kandi K (www.missouri.edu), The Gaia Liberation front (www.blue-cher.com/bmfy/private/glf-sop.html) si soffermano sulla loro scelta precisando che "choosing to be childfree is not the same as disliking children" (come si dice: excusatio non petita...).

s. f.

SUDAFRICA

Hiv-1 e allattamento

Un *early reports* pubblicato da *The Lancet* (1999;354:471) solleva dubbi sull'attuale raccomandazione di proscrivere l'allattamento al seno alle madri infette da HIV-1 per l'aumentato rischio di trasmissione verticale del virus. Gli autori hanno ricercato prospetticamente, dalla nascita al 3° mese di vita, l'HIV-1 nel siero dei neonati di 549 madri infette; lo studio è stato condotto a Durban (Sud Africa). A tre mesi non vi era alcuna differenza nella sieropositività tra bambini allattati esclusivamente al seno e quelli mai attaccati al seno; mentre la sieropositività per HIV-1 era significativamente minore negli allattati esclusivamente al seno rispetto a quelli con allattamento misto. Lo studio riapre un capitolo che sembrava chiuso e, come è auspicato dal commento pubblicato sulla stessa rivista, impone urgenti conferme per definire una chiara strategia operativa e per evitare messaggi confondenti.

s. c.n.

USA

Voglia di Servizio Sanitario

L'*American Medical Association* (AMA), con una deliberazione del 18 giugno 1999, ha chiesto per gli USA la copertura sanitaria universale cioè un sistema di assicurazione "tipo S.S.N." (*Prospettive Sociali e Sanitarie 1999;17-18:22*). L'atteggiamento dell'AMA deriva dalla necessità di tutelare gli americani non protetti dalle assicurazioni (40.000.000) e per i quali il rischio per la salute è costantemente in aumento. Due soli esempi: la mortalità infantile fra i



bianchi con madre a basso livello di istruzione è di 2.4 volte quella dei figli di madri che hanno frequentato un college. I bambini di famiglie con basso reddito sono vaccinati per il 69%, quelli di famiglie ricche per l'80%. Si tratta di un capovolgimento della posizione tradizionale dell'AMA favorevole ad una concezione liberista dell'assistenza medica.

g.c. b.

UK

Tanti bambini obesi anche in UK

Uno studio condotto in Inghilterra che ha preso in considerazione un campione rappresentativo della popolazione nazionale di 2.630 bambini dai sei ai quattordici anni ha mostrato una prevalenza di bambini sovrappeso che variava dal 22% a sei anni al 31% a quindici anni; erano obesi il 10% di quelli di sei anni e il 17% di quelli di quindici. Gli autori sottolineano che l'intake energetico per i bambini inglesi della fascia di età 1.5-4.5 anni è aumentato del 20% dal 1967 al 1992. Mettono sotto accusa (tutto il mondo è paese) anche la TV: il tempo speso a guardarla si è duplicato nel corso degli ultimi trent'anni (*Lancet 1999;354:1874*).

s. c.n.

NORVEGIA

Il secondo gene della dislessia

L'eterogeneità della dislessia è stata confermata con la localizzazione del secondo gene, dopo quella già nota sul cromosoma 6; studi su una famiglia norvegese, nella quale la dislessia si manifestava come un carattere autosomico dominante, hanno permesso di identificare un gene che si trova sul cromosoma 2. Gli autori della scoperta suggeriscono di sottoporre a test genetici i bambini ad alto rischio in modo da iniziare precocemente le terapie, quando ancora le aree del linguaggio sono ad uno stadio iniziale di sviluppo (*Lancet 1999;354:925*).

s. c.n.

UE

Medicinali orfani

L'EMA (UE Europea) ha approvato un provvedimento, votato poi dal parlamento europeo, sui medicinali "orfani". All'art. 3 è definito orfano un farmaco destinato alla cura o profilassi di un'affezione che comporta minaccia per la vita o debilitazione cronica e che colpisce non più di 5 su 10.000 individui della Comunità Europea; farmaco orfano è anche quello che è poco probabile che sia commercializzato in mancanza d'incentivi perchè la commercializzazione non si presenta tanto redditizia da giustificare l'investimento necessario. I farmaci orfani possono usufruire di incentivi messi a disposizione dalla UE e dagli Stati membri (*Not. EMA Dic/1999*).

g.c. b.

AUSTRIA

Dichiarazione antirazzista dell'Università di Vienna

La facoltà medica della Università di Vienna ha pubblicato, su *The Lancet* del 26 febbraio, una inserzione a pagamento contro il razzismo, i pregiudizi e la xenofobia nella quale dichiara che la facoltà intensificherà la sua azione affinché pregiudizi e xenofobia non vengano tollerati e ricorda alcune ricerche e prese di posizione della facoltà sul tema del razzismo.

g.c. b.

SPAGNA

Bambini in estinzione

I dati di natalità dell'ultimo anno confinano la Spagna all'ultimo posto nella classifica mondiale con un tasso di fecondità dell'1.07. Mentre tra le analfabe il tasso è del 3.19, nelle donne laureate è dello 0.77; e per queste ultime scende ancora (0.33) se si considera la fascia di età compresa tra i 25 e 34 anni (*Lancet 2000;355:126*).

s. c.n.

CANADA

Complicanze della pertosse

Il *Canadian Immunization Monitoring Program* fornisce interessanti informazioni riguardo la morbilità di 1.082 bambini ospedalizzati per pertosse dal 1991 al 1997, con un'età media di dodici settimane (l'80% aveva meno di sei mesi): il 9% ha sviluppato una polmonite, il 2.3% convulsioni e lo 0.5% un'encefalopatia. Dieci lattanti con un'età minore di sei mesi sono morti (*Clin Infect Dis 1999;28:1238*).

s. c.n.

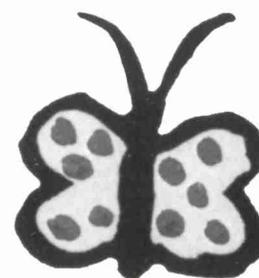
UK

Uomini, animali ed antibiotici

Si fa sempre più pressante la campagna per limitare l'impiego degli antibiotici negli animali come fattori di crescita, ritenuto uno dei fattori più importanti dell'aumento delle resistenze dei germi agli antibiotici nell'uomo. In Gran Bretagna l'*Advisory Committee on The Microbiological Safety of Food* ha lanciato l'ennesimo appello a non usare la spiramicina, il fosfato di tilosina, la bacitracina e la virginamicina farmaci utilizzati già da ora nell'uomo.

L'allarme si estende anche a farmaci che potrebbero essere usati in futuro in medicina umana come la bambermicina, la monensina e la salinomicina. Il Comitato ha anche provato, senza esito, a documentare in termini quantitativi quale sia in UK l'uso di farmaci in medicina veterinaria (*BMJ 1999;319:536*).

g.c. b.





ACP Nazionale

La formazione permanente per il pediatra

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 26-32

Gruppo di lavoro ACP per la formazione permanente

Le posizioni dell'ACP sulla formazione sono espone in questo documento che è naturalmente aperto al contributo di chiunque voglia intervenire.

Introduzione

La formazione permanente del pediatra è un campo di attività a cui l'ACP ha sempre dedicato grande attenzione: con questo documento l'Associazione si propone di contribuire a rendere la formazione permanente più appropriata alle nuove esigenze.

Nel momento in cui la materia è oggetto di rivalutazione da parte del SSN e vengono messi a punto strumenti di governo (commissioni, criteri, programmi, ecc.) il documento viene offerto come contributo al dibattito in corso. Esso è rivolto ai pediatri, in particolare a quelli che sono impegnati nell'organizzazione delle attività di formazione, ma anche a chi è impegnato nel governo del sistema sanitario ai suoi diversi livelli.

Il documento è frutto di un gruppo di lavoro istituito dall'Associazione, coordinato da Vitalia Murgia e composto da Giancarlo Biasini, Roberto Bussi, Michele Gangemi, Walter Spanevello, Giorgio Tamburlini ed ha ricevuto contributi da Arturo Alberti, Sergio Amurri, Paolo Becherucci, Vincenzo Calia, Monica Pierattelli, Corrado Rossetti, Paolo Siani, Maria Edoarda Trillò e Leo Venturelli. È stato definitivamente approvato dal direttivo ACP nel febbraio 2000.

PARTE PRIMA: L'ANALISI

1. Ruolo della formazione permanente

In tutta la medicina, e quindi anche in pediatria, è in atto un continuo e rapido processo di cambiamento dovuto allo sviluppo di nuove tecnologie, alla espansione delle conoscenze scientifiche, ai bisogni di salute emergenti, ad una crescita delle richieste di salute da parte di pazienti sempre più esigenti, ai cambiamenti nei sistemi di erogazione

delle cure, ad una maggiore attenzione all'efficienza ed efficacia dei servizi ed infine alla necessità di rispondere a tutto ciò con risorse limitate. L'unico modo con cui un professionista della salute può far fronte al cambiamento è un continuo processo di formazione.

La partecipazione ad un processo di formazione continua interessa tutti i medici, svolgano essi la loro attività a livello territoriale, negli Ospedali ed a qualsiasi altro livello. La stessa componente universitaria, che ha tra i suoi compiti istituzionali l'insegnamento e la ricerca, non può prescindere da un processo di formazione continua in interazione con le altre componenti assistenziali.

Il concetto di formazione continua è ben espresso dalla definizione di Iandolo: "La formazione permanente del medico è un processo educazionale diretto a colmare per tutto l'arco della vita il divario tra ciò che il medico dovrebbe sapere e saper fare con ciò che sa". Secondo alcuni più che di "formazione medica continua" (FMC) si dovrebbe parlare di "continous professional development" (CPD) o "sviluppo professionale continuo", questo concetto sembra esprimere meglio le molteplici competenze di tipo medico-clinico, manageriale, sociale e personale che occorrono per un elevato standard professionale. L'art. 13 del decreto legislativo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" tratta della formazione continua distinguendola in formazione permanente ed aggiornamento: "la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della

professione le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate ad adeguare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale".

2. Principi ispiratori

Qualunque sia la definizione adottata, il processo di formazione:

- Deve intervenire in quegli aspetti della pratica medica che possono essere modificati, nel tentativo di mantenere alti livelli di qualità delle cure adattando l'attività professionale dei medici al mutare delle richieste.

- Deve rispondere nei "contenuti" ai cambiamenti globali nel campo della salute tenendo conto delle patologie emergenti, delle nuove tecnologie e del modo di rapportarsi dei pazienti con le malattie e deve permettere al medico di soddisfare i bisogni di pazienti sempre più informati e sempre più partecipi del loro progetto generale di salute.

- Deve essere basato su provate ed efficaci metodologie formative, non deve tendere alla semplice memorizzazione delle conoscenze, ma favorire l'acquisizione di abilità per la soluzione dei problemi clinici e/o organizzativi.

- Deve coinvolgere nella programmazione degli interventi chi finanzia e utilizza i servizi. Infatti, anche se la motivazione più forte per il professionista può consistere nel desiderio di essere sempre più competente, e pertanto il percorso formativo può dipendere in larga parte dall'analisi dei bisogni e delle scelte professionali, si deve tenere conto che egli è parte integrante di un sistema organizzato delle cure e pertanto i risultati della FMC devono essere vantaggiosi sia per il medico che per il sistema in cui opera.

- In considerazione di quanto sopra, deve coinvolgere i medici nello studio di percorsi assistenziali corrispondenti ai bisogni di salute dell'utenza promuovendo con ciò il miglioramento della qualità delle cure, del rapporto medico-paziente con

particolare attenzione agli aspetti della comunicazione.

- Deve creare occasioni di lavoro interdisciplinare per l'elaborazione di linee guida, la creazione di corretti rapporti di collaborazione tra territorio ed ospedale.

- Deve essere, almeno in parte, autogestita dal singolo medico e deve poter essere attuata in gran parte nell'ambito di attività di gruppi di pari.

- Deve essere in grado di determinare un reale miglioramento delle cure.

3. La situazione italiana

3.1 Il ritardo italiano

L'Italia è in netto ritardo nella formazione medica permanente. Negli ultimi anni il dibattito su quest'argomento ha acquistato vivacità soprattutto per i continui stimoli provenienti dalle realtà estere, ma è mancato un progetto che definisse gli obiettivi, i contenuti ed i metodi della formazione. L'importanza della formazione permanente è stata sottovalutata a tutti i livelli istituzionali: Ministero, Università, Ospedali, Ordini professionali, Società scientifiche ed Associazioni culturali e di categoria. Le occasioni di formazione programmate dalle regioni per i medici delle cure primarie sono state poco numerose, non definite da un progetto formativo e insufficienti a rispondere alle mutate esigenze dei servizi.

Questo, salvo rare eccezioni come nel caso della Regione Toscana, nonostante gli accordi collettivi nazionali attribuiscono alle regioni specifiche responsabilità in merito alla regolare esecuzione di programmi di formazione. È stata lasciata quindi ai medici l'assoluta libertà di partecipare o meno ad iniziative formative e di scegliere senza la necessità di approfondimento sulla loro utilità.

Le occasioni di aggiornamento non sono mancate, anzi ve ne sono state in eccesso, ma sono state scarsamente incisive per il metodo, i contenuti, la qualità dei programmi. L'offerta prevalente è stata di letture magistrali, convegni o simposi di società scientifiche. Si è data troppa enfasi ai contenuti di tipo clinico, trascurando quasi del tutto gli aspetti relativi alla comunicazione-relazione, ai bisogni

emergenti per categorie di bambini e famiglie a rischio sociale e sanitario, all'epidemiologia ed ai problemi organizzativi e gestionali delle cure. Non è stato stimolato il lavoro interdisciplinare ed interprofessionale. È mancata quasi sempre la possibilità di interagire tra docente e discente e la possibilità di confrontarsi in piccoli gruppi.

È unanimemente riconosciuto che questi programmi tradizionali influiscano poco sul miglioramento delle performance e su di essi non è perciò possibile dare un giudizio positivo.

3.2 L'attività dell'ACP

e delle altre organizzazioni dei pediatri

L'Associazione Culturale Pediatri, in questa generale carenza, è stata di stimolo alla formazione continua, trovando un terreno fertile in gran parte dei pediatri sensibili a queste esigenze e soprattutto nei pediatri del territorio e nei pediatri di famiglia. Questi, nei primi anni ottanta, si trovavano in una situazione di isolamento culturale, con un non ben definito ruolo nell'ambito delle cure primarie al bambino e con un gap formativo dovuto ad una inadeguata formazione post-laurea e al fatto che precedenti esperienze lavorative si erano svolte in differenti contesti.

L'ACP, per prima, ha avviato e sostenuto numerose iniziative di ricerca nell'ambito della pediatria di famiglia, ha contribuito al mantenimento ed alla capillarizzazione di un buon livello di conoscenze con numerosi momenti di formazione, con pubblicazione di riviste e organizzazione di corsi per formatori; ha sempre privilegiato temi ad alto impatto socio-sanitario come i nuovi bisogni di salute, ha utilizzato il metodo interattivo ed il lavoro in piccoli gruppi. Citiamo solo alcune esperienze: l'attività di journal club e di case report in Sicilia ed in Abruzzo, le revisioni fra pari e la discussione di casi clinici nei gruppi e fra i gruppi in Veneto, le esperienze di "autoformazione" in Romagna con l'affidamento a pediatri di famiglia delle funzioni di formatori per pediatri di famiglia e no, le esperienze di discussione telematica di casi clinici e di case report con tutor telematico, di journal club telematico ancora in Sicilia.

Va anche ricordato che nell'ambito della pediatria ospedaliera l'ACP ha realizzato il recente lavoro di revisione critica delle pratiche ospedaliere relative a cinque patologie comuni che ha coinvolto 104 reparti ospedalieri dando inizio ad un processo di formulazione di linee guida. In numerose realtà italiane la presenza dei gruppi ACP e anche di gruppi spontanei ha permesso di ovviare, almeno in parte, al vuoto di proposte formative sia a livello istituzionale che da parte delle altre Società scientifiche.

In parecchie regioni la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) ha svolto un ruolo importante di stimolo ad una maggiore regolarità e rigore metodologico del percorso di formazione previsto contrattualmente per i pediatri di famiglia, in particolare nell'esperienza della Toscana. La Società Italiana di Pediatria (SIP) ha svolto prevalentemente a livello regionale una certa attività di aggiornamento, rivolta in particolare alla componente ospedaliera ed universitaria, privilegiando quasi esclusivamente tecniche di tipo frontale (congressi o convegni) non precedute da analisi di bisogni formativi e con scarso impatto sulla componente territoriale. Va riconosciuto invece che alcune società affiliate alla SIP hanno cercato efficacemente di colmare questo vuoto formativo.

3.3 L'Ospedale

Dieci-quindici anni fa i rapporti tra pediatria ospedaliera e pediatri di libera scelta consistevano in uno scambio unidirezionale (quando c'era) dall'ospedale, dove la cultura era più forte e più organizzata, al territorio, dove iniziava, incerta e disper-



sa. Negli ultimi anni il flusso è stato talvolta bidirezionale, ma a fatica. In molte realtà il divario è aumentato, con uno sbilanciamento culturale a favore della pediatria territoriale, innescando conflittualità che si pensava sarebbero scomparse con lo scambio reciproco. Ancora adesso l'ospedale può farsi promotore di iniziative di formazione comune offrendo le proprie risorse ai pediatri di famiglia, non solo per frequentare e/o discutere assieme le situazioni dei pazienti ricoverati, ma per far svolgere una parte del lavoro del pediatra territoriale in ospedale. Da qui potrà maturare un'esperienza di formazione-lavoro percorrendo l'organizzazione dell'*home hospital*: assieme il pediatra ospedaliero e il pediatra di famiglia partecipano all'impostazione diagnostica e alla definizione del programma terapeutico, permettendo al paziente di restare in famiglia. Attualmente l'ospedale può, comunque, ancora svolgere il ruolo di fattore aggregante, tra pari, e contrastare la frammentazione dell'assistenza.

3.4 L'Università

L'Università si è limitata a svolgere il suo ruolo istituzionale di insegnamento nel corso di laurea e di specializzazione senza far nascere nei discenti la consapevolezza dell'importanza della formazione continua. Vi sono state alcune eccezioni con attività di formazione permanente con progetti formali (corsi o riunioni di aggiornamento) o con iniziative interattive e partecipate (coinvolgimento di pediatri di famiglia e ospedalieri nell'attività clinica di discussione di casi, di seminari, journal club, ecc.).

Alcune iniziative di ammodernamento sono state assunte nella formazione pre-service, anche se il curriculum della scuola di specializzazione in pediatria deve comunque essere ancora di più adeguato alle mutate esigenze assistenziali ed al fatto che una buona parte degli specializzandi in pediatria troverà il suo sbocco professionale nell'area delle cure primarie. Su questo importante argomento, da parte di un gruppo di lavoro dell'ACP, è stato elaborato un documento a cui si rimanda per gli eventuali approfondimenti.

3.5 Le leggi e gli accordi regionali

Le Regioni hanno dovuto far fronte al problema della formazione permanente molto prima che fosse affrontato a livello del SSN dovendo rispondere a precise esigenze di applicazione degli accordi nazionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia. Dal 1993 è attiva nella Regione Toscana una commissione di accreditamento delle attività formative definita in una legge regionale e di recente sono state promulgate regole per la tenuta dell'albo degli animatori di formazione ed i requisiti per accedervi o permantervi. In altre Regioni vi è un albo regionale degli animatori di formazione, preparati con corsi specifici che in molte realtà hanno dato un forte contributo allo sviluppo del processo di formazione.

Nell'ambito dei più recenti accordi integrativi regionali in otto su ventidue Regioni è stato istituito un Comitato Tecnico Scientifico per la formazione. In Veneto è stata istituita con delibera di giunta una Commissione per la formazione dei medici territoriali composta da rappresentanze sindacali e delle associazioni culturali dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia, nonché da rappresentanti della Regione, delle Aziende sanitarie locali e delle Università e presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione. Ha il compito di elaborare proposte in materia di organizzazione della formazione, analisi delle risorse, modelli organizzativo gestionali, modalità di integrazione con la scuola regionale di formazione in medicina generale e di valutazione del processo formativo.



3.6 Gli accordi collettivi nazionali e i contratti di lavoro

L'importanza di un processo di formazione medica continua viene riportata su tutti gli accordi o contratti di lavoro dei medici che a qualsiasi titolo operano nell'ambito del SSN. Solo per tre categorie, però, (medici di medicina generale, pediatri di famiglia e medici specialisti ambulatoriali) viene esplicitato il numero di ore di frequenza obbligatoria, le modalità di organizzazione dei processi formativi a livello regionale e la definizione di alcuni criteri di scelta dei contenuti della formazione. Nel contratto nazionale per i medici dipendenti è previsto un monte ore per l'aggiornamento personale volontario di 4 ore settimanali e otto giorni all'anno di assenze retribuite per aggiornamento facoltativo, senza alcun indirizzo per un loro corretto utilizzo e nessun accenno a verifiche, anche se vi sono esperienze di ASL che predispongono e realizzano progetti di aggiornamento obbligatorio, di norma con finanziamenti regionali.

3.7 Legislazione attuale in materia di formazione

Il decreto legislativo "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" all'art. 13, ancora completamente inattuato, prevede l'istituzione di una Commissione nazionale per la formazione, presieduta dal Ministro della Sanità, da due vicepresidenti, uno di nomina del Ministero, l'altro rappresentato dal presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), e comprendente altri dieci membri, di cui due designati dal Ministero della Sanità, due dal Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, uno dal Ministro per la Funzione Pubblica, uno dal Ministro per le Pari Opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, due designati dalla FNOMCeO.

La Commissione ha il compito di definire, con programmazione pluriennale:

- gli obiettivi formativi di interesse nazionale;
- i crediti formativi che devono essere

maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo;

- gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale;

- i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

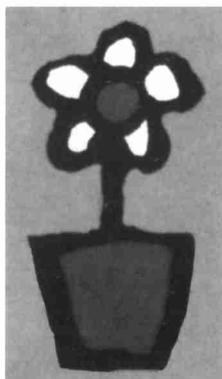
La Commissione deve definire anche i requisiti per l'accreditamento di società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che intendono svolgere attività formative e deve procedere alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

Alle Regioni vengono affidati compiti organizzativi ed attuativi, con il coinvolgimento degli Ordini professionali, e il compito di redigere una relazione annuale, da trasmettere alla Commissione Nazionale, sulle attività svolte in ambito regionale. Il decreto definisce inoltre che la partecipazione alle attività di formazione continua è un requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista. I contratti nazionali e le convenzioni devono prevedere elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per coloro i quali nel triennio non conseguono il numero minimo di crediti formativi.

Si deve sottolineare positivamente il rilievo dato alla formazione continua nell'ambito nella cosiddetta riforma ter del SSN, anche se emergono alcune perplessità:

- la composizione della commissione appare essere troppo numerosa per potere essere fiduciosi nella possibilità di buon funzionamento;

- non viene prevista una struttura a livello regionale che è indispensabile per il decentramento delle funzioni di coordina-



mento, controllo e valutazione dei momenti di formazione;

- infine si deve valutare negativamente l'aver previsto solo meccanismi punitivi per indurre i professionisti all'adesione al processo di formazione.

PARTE SECONDA: LE PROPOSTE

La necessità di dare attuazione all'art 13 del decreto legislativo 229/99 e le esperienze già realizzate o in fase di avanzata realizzazione in altre nazioni ci permettono di delineare alcune ipotesi organizzative che potrebbero essere attivate in tutto l'ambito nazionale.

Le proposte che seguono vogliono essere spunto per una riflessione sulle possibilità di soluzione di un problema a lungo trascurato. Alcune di queste ed in particolare la definizione quantitativa dei crediti ed i criteri di assegnazione non possono che essere indicativi, anche se mutuati da esperienze già realizzate in altri paesi, e necessitano di un'ampia discussione e di un periodo di sperimentazione e di valutazione in alcune realtà campione, che l'ACP si propone di effettuare autonomamente o in collaborazione con altri.

1. I bisogni ed i contenuti della formazione

La definizione di un progetto di formazione continua adeguato alle necessità del gruppo professionale a cui si riferisce dovrebbe nascere da un equilibrio tra i bisogni del singolo professionista, quelli dell'organizzazione in cui esso è inserito e della comunità in cui opera.

Nella scelta dei contenuti della formazione non si può prescindere da una analisi della situazione sociale e sanitaria dell'area in cui i pediatri svolgono la loro attività. Non vi è dubbio infatti che differenti condizioni sociali, culturali e ambientali influiscano nel determinare i bisogni di salute dei bambini e delle famiglie e i problemi organizzativi e di gestione delle diverse realtà del SSN.

Per ciascuna componente della pediatria, o meglio per "ciascun gruppo con bisogni formativi definiti" (università, ospedale, territorio), dovranno essere individuati degli argomenti pertinenti al proprio

campo d'azione nell'ambito dell'area pediatrica. È importante che per tutti i gruppi, ed in particolare tra pediatri che operano in ambito ospedaliero e territoriale, siano previsti momenti di formazione comune nonché momenti di formazione interdisciplinari che portino ad un miglioramento delle capacità di attivare la rete dei servizi.

Alcuni argomenti dovranno essere sviluppati trasversalmente nell'ambito dei vari gruppi con bisogni formativi definiti e su questi dovranno essere previsti periodici momenti di revisione-aggiornamento. Segnaliamo fra questi argomenti:

- la relazione-comunicazione medico-paziente;
- il lavoro in team interdisciplinare e/o interprofessionale per adeguare la rete dei servizi;
- lo studio del contesto epidemiologico;
- alcuni problemi a lungo trascurati come il disagio socio-familiare e in particolare il bambino con disabilità o malattia cronica, l'abuso;
- le nuove tecniche di comunicazione telematica.

2. Il percorso formativo

Il percorso di formazione dovrà tenere conto del fatto che i soggetti coinvolti sono medici specialisti inseriti in una attività professionale che condiziona in maniera importante le necessità formative. Andranno pertanto valorizzate le possibilità di formazione "sul campo" (formazione "mentre si lavora"): momenti di apprendimento attivo nello studio professionale, nell'ospedale e nei centri territoriali di cura e riabilitazione, e l'apprendimento nel lavoro di gruppo tra pari e/o tra pari in gruppo composito (pediatri di base, ospedalieri, territoriali, ecc.), avendo presente che la formazione "tra pari" si esprime soprattutto nella discussione programmata (giorno, ora, tempo dedicato prefissato) di casi clinici, nell'analisi delle cartelle, nella elaborazione e correzione interna delle linee guida, nel journal club, nella valutazione di indicatori prefissati circa il lavoro svolto, nella programmazione di progetti obiettivo ed infine nella stessa elaborazione di programmi di aggiornamento e formazione.

Deve essere valorizzata l'importanza formativa della ricerca sul campo che nasce dall'esigenza di dare una concreta risposta a problemi emergenti nella pratica quotidiana ed ha una forte potenzialità formativa, soprattutto quando ai pediatri che aderiscono venga offerta la possibilità di partecipare attivamente a tutte le fasi della ricerca fin dalla elaborazione della metodologia.

3. Le offerte

È indispensabile che il pediatra nel tracciare il suo percorso di formazione continua abbia ampia possibilità di scelta (nel rispetto del principio del self-directed-learning) all'interno di una rete che consenta più occasioni formative. Sarebbe auspicabile che nell'ambito delle proposte di attività formative si sviluppasse una pluralità di offerte da parte di ASL, Regioni, ospedali, associazioni culturali, sindacati, ecc.

4. Aspetti legislativo contrattuali

Il recente decreto legislativo 229/99 prevede l'obbligo della formazione continua per tutti i medici. È pertanto auspicabile che tutti gli accordi o contratti di lavoro facciano riferimento ad una unica Authority o Commissione Regionale (che cercheremo di individuare) i cui compiti



dovrebbero essere, a nostro parere, quelli descritti nel paragrafo 8.

5. Accredimento dei momenti di formazione

È indispensabile che la Commissione che valuta le offerte inviti chi organizza momenti di formazione a definire chiaramente il fine educativo che vuole raggiungere e sia poi rigorosa nel valutare l'efficacia dei programmi offerti. Altrettanto rigore sarà necessario nella valutazione dei crediti da attribuire ai singoli momenti formativi. Il giudizio dovrebbe essere formulato sulla base di una serie di criteri predefiniti:

- dovranno essere privilegiati i bisogni formativi emersi in attività di audit e di revisione fra pari, da indagini ad hoc e dall'analisi di indicatori sanitari qualitativi e quantitativi;
- gli obiettivi educativi dichiarati dovranno essere coerenti con i bisogni di formazione del gruppo di pediatri interessato al programma;
- il numero di ore dovrà essere adeguato al percorso di formazione/aggiornamento proposto;
- il rapporto docenti/discenti dovrà permettere il rispetto del metodo formativo scelto;
- dovrà essere predisposto adeguato materiale di supporto;
- dovrà essere prevista la valutazione alla fine del momento formativo.

Dovranno avere priorità di valutazione i percorsi di formazione:

- che coinvolgano i partecipanti in progetti di ricerca, di revisione tra pari, di audit;
- che prevedano momenti di lavoro interdisciplinare;
- che interessino tematiche ad impatto assistenziale significativo come la definizione di linee guida, corsi di evidence based medicine, introduzione all'utilizzo di tecnologie innovative.

Dovrà essere prevista:

- la compilazione obbligatoria di schede informative/valutative predisposte dalla Commissione Regionale di cui al paragrafo 8;
- la valutazione da parte dei partecipanti;
- una eventuale valutazione del corso o dell'incontro da parte di un osservatore incaricato dalla Commissione stessa.

6. Finanziamenti

È necessario che, in sede regionale, sia elaborato un programma pluriennale di utilizzazione dei fondi distribuiti alle Regioni e che la Commissione Nazionale controlli il corretto utilizzo dei fondi ed i contenuti e la qualità dei momenti formativi. È accettabile il supporto delle aziende farmaceutiche e dei prodotti dietetici per l'infanzia senza che questo possa condizionare i contenuti e le modalità di svolgimento delle attività formative. È compito delle Authority o Commissioni Regionali, della Commissione Nazionale e della FNOMCeO controllare e garantire la qualità e l'indipendenza dei progetti di formazione.

7. Crediti

Si ritiene preferibile utilizzare l'attribuzione di crediti e non di ore perché queste ultime sono difficilmente quantificabili come unità di apprendimento attivo anche se nel testo che segue si farà qualche richiamo al numero di ore per rendere più chiara l'esposizione.

Ciascun professionista in qualsiasi attività sia impegnato dovrà partecipare a incontri formativi che sino al raggiungimento di trenta-cinquanta crediti per anno (nota 1). Può essere concesso il recupero ed il raggiungimento dei crediti complessivi nell'arco di un triennio. Per garantire una equilibrata preparazione in ogni settore di competenza si ritiene utile suggerire l'obbligo di partecipare, per circa la metà dei crediti, a momenti di formazione organizzati a livello di ASL o di regione su temi inerenti l'organizzazione dei servizi, progetti obiettivo regionali e nazionali, i bisogni di salute emergenti.

Per la restante parte il pediatra potrà sce-

gliere momenti di formazione tra quelli con crediti definiti, fino alla concorrenza del numero totale previsto in contratto.

È assolutamente necessario che siano previsti incentivi per chi completa regolarmente il programma di crediti. L'incentivo sarà perduto in parte o totalmente, a seconda dei casi, da chi completa più o meno parzialmente o non completa affatto il programma di crediti. In caso di inadempienza assoluta, dopo il primo triennio, possono essere previste le penalizzazioni di cui alla legge 229/99 (nota 2).

8. Authority o Commissione Regionale

Occorre prevedere che nell'ambito di ciascuna regione sia costituita una commissione regionale composta da una rappresentanza dei vari gruppi con bisogni formativi definiti e da un rappresentante della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici. La commissione dovrebbe avere il compito di:

- vigilare sulla regolare attuazione dei programmi di formazione organizzati a livello di ASL o di Regione su temi inerenti l'organizzazione dei servizi, i bisogni di salute emergenti, la collaborazione a progetti obiettivo nazionali o regionali;
- proporre argomenti di formazione emergenti dalla rilevazione dei bisogni formativi dei pediatri e dai bisogni di salute della popolazione pediatrica di riferimento;
- valutare la rispondenza dei contenuti della formazione ai reali bisogni formativi e suggerire eventuali integrazioni o modifiche;
- raccogliere le proposte di momenti di formazione organizzati a livello regionale da enti o associazioni accreditati per la formazione, dalla FNOMCeO ed esprime-

re una valutazione assegnando i crediti sulla base di criteri predefiniti;

- tenere un registro delle occasioni di formazione da trasmettere alla Commissione Nazionale sulla formazione;
- controllare che i medici completino il percorso formativo previsto.

9. Tipologia degli incontri di formazione e rispettivi crediti

Le seguenti proposte per l'attribuzione dei crediti sono suscettibili di discussione e modifiche. Si ritiene però che debba rimanere fermo il principio di una netta distinzione, per differente qualità formativa, tra le attività di tipo interattivo organizzata in gruppi non superiori a 20 con tutor o facilitatore ed inerenti il saper fare e il saper essere, e l'attività di tipo frontale che, riferendosi al Decreto Legislativo 229/99, dev'essere definita più attività di aggiornamento che di formazione.

Il dettaglio dell'attribuzione dei crediti che segue è coerente con questa logica relativa alla tipologia dei processi formativi.

9.1 Aggiornamento professionale come da art. 13 del DL 229/99

- Attività di aggiornamento di tipo tradizionale "frontale" inerente il "sapere" di tipo non interattivo e senza tutor svolta in convegni internazionali, nazionali, regionali e locali: 0,5 credito per ogni sessione antimeridiana o pomeridiana (durata minima della sessione 3 ore).
- Partecipazione a conferenze di organizzazione promosse dalle ASL o dalle regioni: 1 credito per sessione.

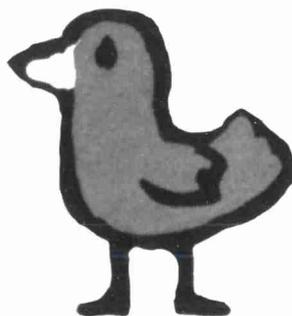
9.2 Formazione permanente come da art. 13 del DL 229/99

- Frequenza in centri ospedalieri o universitari o comunque specialistici con obiettivo definito: 6 crediti per giornata.
- Frequenza a corso monotematico interattivo con minimo di due sessioni di tre ore ciascuna e con massimo di 20 partecipanti: 6 crediti per giornata.
- Frequenza finalizzata all'acquisizione di competenze specifiche su percorsi assistenziali relativi a patologie importanti

Note:

(1) La UEMS (Unione Europea di Medicina Specialistica) suggerisce 80 ore in due anni. Lo Working Group in CME (Continuing Medical Education) del CESP (indica almeno 250 ore [50 all'anno] in cinque anni).

(2) Tutti i rappresentanti dei paesi dell'UEMS hanno espresso un parere nettamente sfavorevole ad eventuali provvedimenti penalizzazione con di revoca della licenza di esercitare.



inerenti il saper fare con tutor: 3 crediti per sessione di mezza giornata qualora l'unità di misura sia questa.

- Frequenza a corsi monotematici specialistici programmati in livelli di crescente complessità: 6 crediti per giornata, aumentabili del 20% al completamento della frequenza della serie di corsi.

- Frequenza ad attività di tipo interattivo per piccoli gruppi in qualsiasi contesto organizzativo con o senza tutor o facilitatore, inerente il "saper fare", "saper essere" per gruppi non superiori a 20: 3 crediti per sessione.

- Corso monotematico con minimo di due sessioni di tre ore ciascuna con massimo di 20 partecipanti: 3 crediti per sessione.

- Lavoro di gruppo, revisione tra pari con o senza esperto all'interno di un percorso formativo definito: 3 crediti per sessione.

- Riunioni periodiche (gruppi Balint, lavoro di gruppo con revisione fra pari) nell'ambito di un percorso definito comprendente almeno 8-10 incontri annui: 20 crediti per chi frequenta tutto il programma di incontri, 12 crediti per chi frequenta almeno due terzi del programma.

- Partecipazione ad attività di formazione organizzate a livello di ASL o di Regione, in piccoli gruppi o in gruppi più numerosi, ma sempre caratterizzati dal confronto e dalla interattività mirate all'organizzazione dei servizi, alla definizione di percorsi assistenziali, di progetti obiettivi, ecc.: 3 crediti per sessione.

- Ricerca. Partecipazione ad attività di ricerca che nascono da bisogni emergenti nella pratica professionale, che si propongano una modifica dei comportamenti o l'acquisizione di conoscenze sull'utilizzo di nuovi strumenti professionali con una fase preparatoria in cui tutti i partecipanti

condividono obiettivi e metodologia della ricerca: almeno 4 crediti per partecipante per ciclo annuale di ricerca, 6 crediti per partecipante al gruppo di elaborazione e realizzazione del progetto.

- Didattica. Attività di tutor e/o docente a contratto nell'ambito del corso di Specializzazione in Pediatria: 10 crediti per anno.

- Formazione continua con mezzi telematici: lettura di un articolo di aggiornamento o di caso clinico con compilazione di questionario a scelte multiple con almeno dieci quesiti e obbligo di risposte corrette ad almeno l'80% di questi: da 0.5 a 1 credito a seconda della difficoltà e del numero di quesiti.

N.B. Per le attività di tutor e/o facilitatore nell'ambito delle varie attività di formazione va attribuito il 50% in più dei crediti previsti per i partecipanti per la preparazione del pacchetto e la prima edizione. Per le edizioni successive stesso punteggio dei partecipanti al corso.

10. Fase di sperimentazione

L'ACP intende avviare una fase di sperimentazione del modello di crediti proposto per valutarne la fattibilità e far maturare tra i pediatri la consapevolezza della necessità di riordinare la materia della formazione continua. Per questa sperimentazione verrà preparato un regolamento. Intende inoltre proporre la costituzione di un tavolo di lavoro comune tra le società scientifiche e professionali pediatriche al fine di definire dei criteri condivisi per la valutazione dei momenti formativi, utilizzare al meglio le risorse esistenti per offrire ai pediatri occasioni formative adeguate ai bisogni e valorizzare l'apporto originale della pediatria nell'ambito del dibattito generale sulla formazione in atto in questi tempi in Italia. ■

Bibliografia

- (1) Angela Towle Changes in Health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998;316:24
- (2) Dave Davis Global health, global learning. *BMJ* 1998;316:31
- (3) Philip G. Bashook, John Parboosingh Recertification and the maintenance of competence. *BMJ* 1998;316:14
- (4) Linda A Headrick, Peter M. Wilcock, Paul B Batalden Interprofessional working and continuing

medical education. *BMJ* 1998;316:7

(5) Peter Toghil, Director of CME Royal Physicians, London Continuing medical education: where next? *BMJ* 1998;316:7

(6) Tom Butler, Martin Roland Continuing medical education. Needs to be more effective, accountable, and responsive to all stakeholders in health. *BMJ* 1998;316:24

(7) Hans Asbjorn Holm Quality issues in continuing medical education. *BMJ* 1998;316:21

(8) Robert D. Fox, Nancy I. Bennet Learning and change: implication for continuing medical education. *BMJ* 1998;316:7

(9) Lesley Southgate, Dale Daphinee Maintaining standards in British and Canadian medicine: the developing role of the regulatory body. *BMJ* 1998;316:28

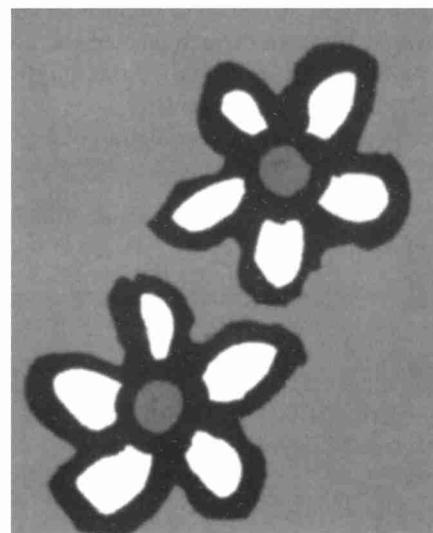
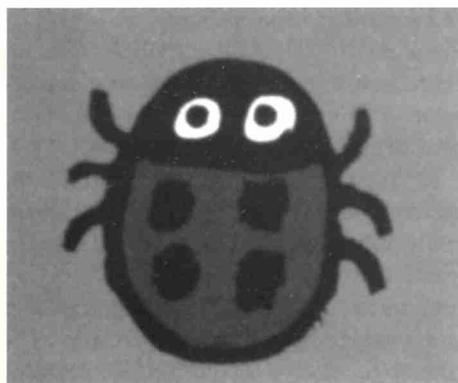
(10) Cliniche Pediatriche Universitarie, Associazioni Culturali dei Pediatri di Base, Pediatri di Base, Specializzandi in Pediatria Didattica e formazione permanente in Pediatria: risultati del progetto polivalente. *Medico e Bambino* 1993;37:4

(11) G. Bartolozzi, L. Fawlkner, M. Peraldo Aggiornamento permanente in pediatria: proposta di introduzione del sistema dei crediti. *Medico e Bambino* 1999;3:185

(12) Minutes of the meeting of the European accreditation council for CME 30-01-1999 Bruxelles

(13) UEMS (European Union of Medical Specialists) Charter on continuing medical education CME in Pediatrics: Continuing medical education in Pediatrics in the European Union

(14) S. Buscaglia, Carlos A.G. Palma, G.W. Canonica European Academy of Allergology and Clinical Immunology (EAACI) guidelines for continuing medical education. Essential for accreditation, standards for commercial support, and system of credits. *Allergy* 1997;52:490



UNA VITA DIFFICILE

Lucio Piermarini

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 33

Abbreviazioni

NoPiPi: Noto Primario Pediatra

SePiPi: Semplice Primario Pediatra

VaPiPi: Valente Aiuto Pediatra

ONATuPiPi: Ormai Noto A Tutti Primario Pediatra

CTuLICIPiPi: Che Tutta l'Italia Ci Invidia Primario Pediatra

- Buongiorno signore, benvenuto all'ACoR, la nostra Agenzia Costruzione Reputazioni.

- Buongiorno a lei. Sono il NoPiPi; ma lei mi avrà riconosciuto, immagino.

- Ma certo professore. Mi perdoni se non l'ho dato a vedere, ma un NoPiPi come lei, così in pubblico, rischierebbe chissà quali fastidiose seccature da parte di petulanti mamme di piccoli pazienti.

- Ah! Lei non si rende conto della verità delle sue parole. Non ho un attimo di tregua.

Sa! le mamme dei piccoli pazienti non si rendono conto che per discutere di certi problemi ci vuole calma, tempo, mente libera da preoccupazioni. E come pensano che ciò sia possibile proprio quando sto cercando di salvare tante piccole vite? La situazione era già poco sopportabile quando ero un SePiPi, ma ora che sono stato promosso NoPiPi va sempre peggio. Ma non voglio annoiarla, mi scusi.

- Ma per carità, cosa dice! Siamo qui per servirla. E poi è un piacere ascoltare un NoPiPi come lei. Ma prego si accomodi e mi dica cosa posso fare per lei.

- Grazie. Vede, come le dicevo, io sono il Noto Primario Pediatra, e devo dire che in questa parte mi ci trovo proprio bene. Sembra fatta apposta per me, mi riesce veramente tutto a meraviglia: dalle inaugurazioni delle nuove modernissime incubatrici, alle cene con le signore dei professori universitari ai miei congressi, alle visite al rinomato reparto del Vescovo a Natale. Nelle cene con i politici poi raggiungo il massimo, ma in quel settore avevo accumulato già una tale esperienza quando ero un VaPiPi.

Bene, mi sono detto, perché mettere limiti alla provvidenza e non provare a conquistare l'ambito ONATuPiPi?

- Addirittura vuol diventare l'Ormai Noto A Tutti Primario Pediatra? Mi complimento, lei è un audace, e la ringrazio della fiducia

che dimostra alla nostra agenzia. Noi le provvederemo tutto quello di cui ha bisogno. Certo sarà uno sforzo notevole. Il suo reparto, al Fate Pena Fratelli, dovrà essere rivisto da cima a fondo, e anche lei dovrà impegnarsi, ma le garantisco: ce la faremo!

- Da come lei la mette mi aspettano non solo giorni duri ma anche, immagino, un bel po' di spese.

- Be', certo, nulla si ottiene per nulla. Un NoPiPi come lei dovrebbe saperlo. In ogni modo possiamo scegliere tra diversi progetti, calibrati proprio sulle disponibilità del cliente. La ragguaglio brevemente sulle nostre tecniche.

- Ma prego, la ascolto.

- Il discorso è semplice. Noi siamo convinti che alla base d'ogni carriera stiano i risultati professionali e la dignità personale. Più bassi gli uni e minore l'altra, più fulminea la carriera. Qualcuno obietterà "ma ci sono delle eccezioni". È vero, ma si tratta di soggetti che poi pagano un prezzo talmente alto in termini di qualità della vita che io non mi sentirei di consigliare quella strategia a nessun cliente.

- Sono perfettamente d'accordo con lei. E che strada faticosa! Sapessi che fatica imparare il giusto sorriso e l'inchino più corretto per l'influente politico. Perché si può dire quel che si vuole, ma i nostri influenti politici sono preparati, e se ne accorgono immediatamente se non sei all'altezza. E il sangue che ho dovuto sudare per reperire i fondi necessari all'acquisto delle mie sofisticate apparecchiature specialistiche?

Lei pensi che non volevano acquistarle; dicevano che non abbiamo mai avuto piccoli pazienti su cui utilizzarle. Non volevano rendersi conto che se non le avessi avute non sarei mai diventato NoPiPi.

Intanto hanno reso il nostro rinomato reparto capace di importare piccoli pazienti di regioni limitrofe.

Vedesse, fanno bene solo a guardarle, si figuri quando avremo imparato a farle funzionare.

- Ci credo, ci credo. Anzi per il nostro obiettivo dovremo sicuramente farne acquistare di ancora più costose. Ma di questo le prepareremo un elenco dettagliato. Sa? Mi sto rendendo conto che insieme faremo un ottimo lavoro.

- Lo credo anch'io. Vi do fiducia.

Ma... quanto mi verrà a costare?

- Non si preoccupi di questo. Lei metta il suo talento naturale e al resto pensiamo noi. Nel progetto che le presenteremo individueremo noi le fonti di finanziamento, se no che ci stiamo a fare? Un progetto di ricerca qua, un obiettivo di umanizzazione là, una donazione della cittadinanza qui, un finanziamento di qualche ente benefico lì, e i giochi sono fatti. Poi a farne un uso più corretto ci penseremo noi, non è vero? È triste che ad avere i soldi siano sempre coloro che non sanno come utilizzarli al meglio.

- È un peccato non avervi incontrato prima. Chissà dove sarei ora.

- Non si affligga. Intanto conquistiamoci questo ONATuPiPi e poi passeremo a progettare la conquista del...

- No!!! Lei crede che ce la potrei fare?

- Ma certo. Anche il CTuLICIPiPi sarà suo. ■



Perché prezzi dei lattini così diversi in Europa

Su *The Lancet* (2000;355:321) è stata pubblicata la seguente lettera che acquista maggior valore dopo il provvedimento dell'Antitrust che pubblichiamo a pag. 22 di questo numero di *Quaderni acp*. I benefici dell'allattamento al seno sono ormai indiscussi, le raccomandazioni dell'OMS sancite dal Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte sono ampiamente conosciute e recentemente anche gli stessi produttori si sono fatti promotori della loro diffusione. Pur consapevole della priorità dell'allattamento al seno, non ci si può comunque esimere da alcune considerazioni economiche associate all'impiego delle formule. Considerando infatti la sola variabile "tipo di confezione", il costo può variare del doppio a seconda della pezzatura. In Italia dove l'88% delle puerpere allatta, ma solo il 10% dei neonati è allattato esclusivamente al seno a 5 mesi, i sostituti del latte rappresentano dei prodotti parafarmaceutici e come tali sono classificati nel Formulário Terapeutico Nazionale. I consumatori sono quindi indotti a credere che i lattini siano dei prodotti sanitari e, come i farmaci, siano sottoposti agli stessi controlli e regolamentazioni da parte delle autorità sanitarie. Inoltre, a differenza delle altre nazioni europee, i lattini sono venduti quasi esclusivamente in farmacia. Per verificare se questa situazione, pressoché unica, influisce anche sui costi, lo stesso giorno, una identica confezione di latte "starting" in polvere di 900 gr (una delle più utilizzate in Italia) è stata acquistata in quattro farmacie di Milano, Parigi, Barcellona e Bonn. Il prezzo è risultato variare da 14,31 Euro (Bonn) a 28,14 Euro (Mila-

no), ma con contenute differenze tra Francia, Spagna e Germania rispetto all'Italia. Nessuna correlazione è stata osservata tra il prezzo della formula, il prezzo di un prodotto controllato (il prezzo "chiavi in mano" del modello base di una delle autovetture più venduta in Europa), il reddito pro capite ed il tasso di inflazione.

Queste divergenze potrebbero essere favorite sia dalla mancanza di una regolamentazione e di un monitoraggio dei prezzi che dall'inesistente ruolo di garante delle relazioni tra consumatori ed industria che le autorità italiane dovrebbero esprimere. Tuttavia anche la classe medica contribuisce a queste eccessive distorsioni dei prezzi.

In Italia le ditte distributrici di lattini finanziano la maggioranza delle iniziative promosse dalle molte associazioni pediatriche ed ostetrico-ginecologiche; pagano la partecipazione a convegni; donano libri, riviste o materiale informatico; concorrono alle spese editoriali di riviste (la cui scientificità e necessità sono spesso quantomeno discutibili). Ovviamente tutto questo influisce sul prezzo dei prodotti. La riduzione di queste forme di contributo etico da parte dei medici rappresenterebbe quindi non solo un contributo all'allattamento al seno, ma anche alla riduzione dei prezzi dei sostituti.

Il principio di base del libero mercato nella Comunità Europea favorisce la necessità di ridurre le divergenze di prezzo in importanti settori del mercato (p. es. quello dei farmaci), nell'interesse sia dei consumatori che dei produttori. Sebbene molte differenze sussistano, il lavoro che la Commissione Europea sta svolgendo, all'insegna dell'armonizzazione e della trasparenza tra le nazioni, sembra essere promettente (un esempio in proposito è quanto fatto nel settore auto: <http://europa.eu.int/comm/dg04/aid/en/car.htm>). In

un "mercato comune" tutto questo sarebbe quindi auspicabile anche per i sostituti del latte, come del resto per tutti i prodotti di largo consumo.

Bibliografia

- (1) WHO/UNICEF Joint Statement. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO, 1989.
- (2) Report to the director-general World Health Organization. Nestlé implementation of the WHO code: official response of governments. Vevey: Nestlé, 1999.
- (3) Simini B. Breast-milk-substitute business booms in Italy. *Lancet* 1999;353:1077.
- (4) Huttin C. Drug price divergence in Europe: regulatory aspects. *Health Affairs* 1999;18:245.

Maurizio Bonati

In Piemonte un registro regionale per i pazienti in trattamento con GH

L'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte sta ultimando un Registro Regionale dei bambini sottoposti a trattamento con ormone della crescita (GH). La sua realizzazione è stata possibile con l'apporto di diversi specialisti del settore.

Il corretto utilizzo del GH in età pediatrica ha costituito motivo di contrasto tra gli stessi Specialisti del settore. Tentativi di uniformare i comportamenti nelle scelte diagnostiche e terapeutiche per i soggetti bisognosi di tali trattamenti sono stati affrontati in diverse occasioni dalle Società Scientifiche: la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia ha pubblicato sue linee guida (*Riv. Itali. Ped.* 1998;24:3390), le ha discusse nel corso di aggiornamento tenuto a Rimini nel maggio 1998 ed il risultato della discussione è riportato su *Medico e Bambino* (1998;8).

Il Provvedimento della C.U.F. del 7/8/1998 pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. n. 39 del 13/10/1998, ha delineato quali siano le normative da rispettare sul corretto utilizzo del GH. La Regione Piemonte ha cercato di affrontare questo problema attraverso una serie di azioni la più significativa delle quali è l'istituzione del Registro con la collaborazione del Servizio Farmaceutico Regionale.

I Centri autorizzati per la prescrizione del GH sono dieci.

Costi

| | Formula (euro/g) | Auto (euro) | PIL pro capite (euro) | Tasso di inflazione (rispetto l'anno precedente) |
|----------|------------------|-------------|-----------------------|--|
| Italia | 0.0316 | 14.229 | 17.409 | 1.6 |
| Francia | 0.0192 | 13.857 | 20.870 | 0.4 |
| Spagna | 0.0186 | 13.607 | 12.016 | 1.9 |
| Germania | 0.0159 | 13.574 | 22.333 | 0.4 |



Per censire tutti gli attuali casi trattati, la Direzione Regionale per il Controllo delle attività Sanitarie, ha fatto richiesta ai Centri di fornire il numero esatto dei soggetti trattati, suddivisi per età, secondo lo schema:

- a) da 1 anno fino a 14 anni;
- b) da 14 a 18 anni;
- c) oltre i 18 anni.

Una Commissione Regionale, che deve sovrintendere alla costituzione del Registro, al suo aggiornamento, e alla verifica del rispetto delle norme C.U.F., è stata nominata ed è composta da due endocrinologi dell'area adulti, un endocrinologo di area pediatrica, un pediatra di famiglia, un epidemiologo, un rappresentante della regione. E precisamente:

Prof. Franco Camanni (Divisione di Endocrinologia Dipartimento di medicina Interna, Università di Torino), Prof. Alberto Angeli (Medicina Interna ASO "S. Luigi", Orbassano), Prof. Carlo De Santis (Endocrinologia ASO OIRM "S. Anna", Torino), Dr. Aldo Ravaglia (Pediatra), Prof. Franco Cavallo (Ordinario di Metodologia Epidemiologica Clinica, Università di Torino), Dott.ssa Emilia Chiò (Settore Assistenza Farmaceutica Direzione Controllo Attività Sanitarie).

Sono compiti della commissione:

- valutare l'entità dell'incidenza e della prevalenza, secondo le norme del provvedimento della C.U.F. del 7/8/1998,
- valutare l'appropriatezza delle prescrizioni,
- verificare per ogni singolo caso l'efficacia e la sicurezza del trattamento,

- valutare aspetti clinici ed epidemiologici. La prima verifica è stata effettuata nel dicembre 1998, la seconda nel giugno 1999. I dati emersi sono riassunti nella tabella. Essa dimostra come l'intervento della Regione, la riunione di competenze, la discussione di linee guida accettate abbiano determinato una discreta (13%) riduzione dei casi in trattamento.

Aldo Ravaglia

Impressioni da Sirmione X

Sono una vigilatrice d'infanzia in servizio presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, per quasi venti anni al Centro di Terapia Intensiva Neonatale e poi al Servizio di Pronto Soccorso. La Neonatologia è stata per me come un reparto "scuola": è cresciuto attraverso l'impegno di tutto il personale medico e infermieristico. L'équipe era molto giovane, la struttura stava vivendo un momento di crescita e di maturazione, per cui l'entusiasmo ha giocato un ruolo importante. Era molto forte il rischio che la tecnologia soffocasse i rapporti tra neonato e genitori ed anche quelli tra i genitori e lo staff. Uno dei traguardi più sentiti era costituito dall'umanizzazione di questi rapporti: favorire un approccio sereno soprattutto a situazioni di particolare complessità clinica e prognostica. Tre anni fa ho chiesto il trasferimento al Pronto Soccorso Pediatrico in quanto si trattava di una struttura nella quale l'attività assistenziale, anche per i

suoi aspetti di carattere semi-intensivo, risultava simile al reparto di provenienza. Nella pratica l'esperienza è risultata molto diversa, non solo sul piano assistenziale quanto per tutta una serie di attività di carattere amministrativo, che occupano una cospicua parte del tempo lavorativo. Al personale è inoltre richiesto un notevole impegno di aggiornamento sulle procedure e sui protocolli di reparto per soddisfare al meglio le esigenze e richieste dell'utenza, assistenziali e non.

Mi è stata offerta l'opportunità di partecipare al seminario "Sirmione X": ho accettato, per il desiderio di un'esperienza nuova. Devo dare un giudizio molto positivo sul fatto che era prevista la partecipazione congiunta dei diversi componenti (medici, infermieri, assistenti sanitarie, ecc.) delle équipe partecipanti: giudico fondamentale questo indirizzo sia nella fase di aggiornamento, in sede di convegno, sia nella successiva fase di applicazione, al ritorno in sede. I contenuti del seminario mi sono sembrati capaci di contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza attraverso un miglioramento dei rapporti tra gli operatori sanitari ed il bambino e la sua famiglia. Molto positivi mi sono sembrati i lavori di gruppo: hanno permesso di allargare le esperienze dei singoli e dell'unità operativa attraverso il confronto con le iniziative, le attività e i risultati presentati da ognuna delle varie équipe presenti. Tra le iniziative presentate mi sono piaciute quelle delle colleghe della Neonatologia di Trento e del Nido di Feltre riguardanti l'ambito neonatale, atte a favorire la precoce vicinanza delle madri al neonato durante il periodo di degenza post-partum: alcuni precedenti dubbi sui livelli assistenziali delle strutture ove lavoravo sono stati fugati. Il prof. Cotta ci ha spiegato (argomento per me di grande interesse e reso comprensibile dal relatore) come sia possibile riconoscere elementi di scientificità nelle relazioni che si creano tra l'azienda sanitaria e gli operatori del settore e tra questi e i *clienti*. Ci è stato dato il "compito per casa" che differenzia molto questo convegno da altri tipi di aggiornamento. Il tema scelto - il ricovero in tutti i suoi successivi e vari momenti che interessano sia il bambino che la famiglia - offre la possibilità di allargare il coinvolgimento anche ad altre figure ospedaliere.

Susanna Vouk

| Centri | 0-14 anni | | Variazioni | 14-18 anni | | Variazioni |
|----------------|-----------|------|------------|------------|------|------------|
| | 12/98 | 6/99 | | 12/98 | 6/99 | |
| 1 | 93 | 79 | -14 | 49 | 47 | -2 |
| 2 | 141 | 119 | -22 | 77 | 44 | -33 |
| 3 | 3 | 53 | 49 | -4 | 19 | 22 |
| 4 | 2 | | -2 | | | |
| 5 | 12 | 11 | -1 | 12 | 12 | |
| 6 | 4 | 8 | +4 | 3 | | -3 |
| 7 | | | | | 1 | +1 |
| 8 | 12 | 14 | +2 | 9 | 9 | |
| 9 | 17 | 20 | +3 | | | |
| Totale per età | 334 | 300 | -34 | 169 | 135 | -34 |

Totale dicembre 1998: 503 - Totale giugno 1999: 435 (differenza: 68)

Riflessioni di un gruppo ACP

Pubblichiamo una parte della relazione che Gianni Garrone, presidente dell'ACP dell'Ovest Piemonte e Valle d'Aosta, ha tenuto al Congresso di Assisi nella sessione dedicata al forum dei gruppi.

Le sue riflessioni, circa le difficoltà incontrate per ottenere una maggiore ricaduta, incisività e integrazione sia tra i soci che con il territorio, la scarsa attrazione verso i più giovani, sono probabilmente comuni ad altri gruppi.

Al gruppo ACP dell'Ovest sono iscritti 100 pediatri: 29 ospedalieri e 71 del territorio. Restano attivi i gruppi storici (Pe.Ter., Associazione Pediatri In formazione, gruppi di formazione relazionale) che mantengono dei loro momenti di incontro. Il Direttivo si incontra mensilmente per discutere soprattutto di problemi organizzativi. Abbiamo fatto tante cose (ci siamo occupati di farmacoterapia e prescrizione dei farmaci, di relazione pediatra-famiglia, di malattie croniche, si sono sviluppate iniziative di confronto se non proprio di integrazione ospedale-territorio); ma mi sembra utile analizzare le difficoltà e i limiti.

Rapporto Direttivo/iscritti: molti iscritti mantengono un atteggiamento passivo e il direttivo ha difficoltà a capire le loro aspettative.

Senso di identità: è scarso; molti di noi anche fra i soci più attivi hanno ancora difficoltà a comprendere o far capire agli altri, soprattutto ai non iscritti, che cosa significa appartenere all'ACP. Da questo punto di vista come Direttivo dobbiamo fare autocritica: fino ad ora le iniziative sono state tutte rivolte solo ai soci e ciò ha contribuito a far crescere il gruppo, ma non ci ha reso riconoscibili all'esterno. Abbiamo anzi evitato il confronto (o lo scontro) con la Pediatria Universitaria e con la Pediatria dell'Ospedale Regionale di riferimento.

Ospedalieri: quest'anno c'è stata una riduzione del numero di iscritti, ma soprattutto di partecipazione. Un motivo può essere il maggior isolamento (spesso è difficile trovare un altro collega iscritto all'ACP); allo stesso tempo non lavorare mai veramente

da soli fa sentire poco l'esigenza del confronto e dell'aggregazione.

Gruppo di sostegno: alcuni soci ACP impegnati in Regione, nei DMI, nel sindacato, hanno voluto confrontarsi con gli altri per poter discutere e riflettere sul lavoro che stanno svolgendo e sentirsi meno isolati. È sembrata una buona idea.

Nel contesto in cui operiamo, la formazione universitaria e la scuola di specialità sono ancora orientate alla creazione di superspecialisti ed avulse dai bisogni di salute; gli ospedali hanno per obiettivo più il mantenimento dei posti letto che il benessere del bambino. I DMI in molte ASL o non decollano o non riescono a realizzare l'integrazione tra le varie figure e quanto previsto nel PSR. Nel maggiore centro nascita l'allattamento al seno non viene realmente incentivato e vengono disattese le indicazioni fornite dalla Regione.

Io trovo grave che l'ACP dell'Ovest non riesca a far sentire efficacemente la propria voce: non essere stati visibili ci impedisce di diffondere valori e contenuti ed innescare cambiamenti, non crea confronto con gli altri, non modifica i comportamenti. Limitarci ad approfondire fra noi gli argomenti di nostro interesse non basta e può addirittura aumentare le distanze e le frustrazioni.

Mi preoccupa che l'ACP non sia capace di suscitare attrazione verso i pediatri più giovani, di penetrare negli ospedali. Forse si è fatto l'errore di trascurare i problemi clinici, più strettamente pediatrici, sui quali è più facile attirare l'interesse e sollecitare il confronto con l'esterno. Questo non significa tralasciare gli aspetti organizzativi o relazionali, che possono fare da sfondo anche al più classico dei problemi diagnostici o terapeutici. I rapporti con l'ACP nazionale sono stati deboli, (qualche e-mail, discussione del codice di autoregolamentazione dei rapporti con l'industria, un articolo pubblicato su *Quaderni acp*, partecipazione al congresso di Assisi). Un ulteriore aspetto critico è il rapporto coi gruppi o gruppetti locali e coi singoli iscritti.

Il rapporto fra i soci ACP non va vissuto solo durante gli incontri, il cui numero per un'associazione regionale mi pare sufficiente, ma anche con uno scambio di informazioni più vivace e stimolante.

Concludo con una riflessione: mi sembrerebbe utile l'ingresso di forze fresche nel nostro Direttivo, e sarebbe un bel segno di vitalità anche una rotazione delle cariche. Nel mio caso specifico penso non sia bene che il Presidente della locale ACP sia una persona che ricopre il ruolo istituzionale di Direttore di un DMI, che fa parte di una commissione regionale e che si impegna nell'Associazione animatori. Oltre a non poter dedicare l'energia ed il tempo che avrei voluto all'ACP questo cumulo di incarichi rischia anche di creare confusione all'esterno e mi mette talvolta in imbarazzo. In fondo siamo un'associazione che conta ben cento iscritti!

Gianni Garrone

Pozzuoli, "Hotel Solfatara"
13 Maggio 2000

III CONVEGNO NAZIONALE DELLA PEDIATRIA DI GRUPPO

9.30 Introduzione dei lavori P. Causa

I sessione

Moderatore L. Cioffi

- Analisi di un anno di telefonate allo studio associato V. Moschettini (Lugo di Romagna)
- Problematiche gestionali di un gruppo A. Crocamo (Vallo della Lucania)
- Analisi di un anno di accessi in studio G. Quattrone (Reggio Calabria)
- Analisi di un anno di ricezione telefonica da parte dello staff infermieristico L. Venturilli (Bergamo)

II sessione

Moderatore V. Calia

- Perché non mi associo C. Apicella (Sorrento)
- L'esperienza di associazionismo con sedi multiple in provincia di Bari G. Nigri (Bisceglie)
- L'esperienza di associazionismo con sedi multiple in provincia di Lecce P. Mele (Meledugno)

III sessione

Moderatore P. Causa

Tavola Rotonda: Pediatria di gruppo, Associazionismo in pediatria, Esigenze del SSN e nuovo contratto (A. Rubino, G. Tamburlini, G. Di Mauro, A. Fatigati, G. Caso)

Segreteria scientifica:

Studio pediatrico Associato Pozzuoli (dr. Causa, dr. Cioffi, dr. Metafora)
via M. Puteolana 7 - 80078 Pozzuoli
Tel/fax 081/5265086-5263890-5264529
E-mail: pacausa@libero.it lcioffi@libero.it

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Qualche dubbio sui bilanci di salute
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Aggiornamento avanzato**
Le evidenze epidemiologiche
del rapporto nutrizione e tumori
- **Saper fare**
L'ossigenoterapia nel bambino. Istruzioni per l'uso
- **Il punto su**
Perché leggere ai bambini ad alta voce
- **I punto su**
Prebiotici probiotici e protezione intestinale

Qualche dubbio sui bilanci di salute

Lucio Piermarini

Pediatra di comunità, ASL Terni

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 38-39

Mancano dati italiani sulla efficacia dei bilanci di salute; ciò accade nonostante noi siamo il paese che li ha in qualche modo istituzionalizzati. Qualche dato straniero induce un sano pessimismo.

Fa veramente riflettere la lettura di una esperienza di valutazione dei servizi realizzata dalla Medicina di Comunità dell'East Somerset (UK) che aveva l'obiettivo di paragonare un programma di controlli di salute decisi dalla famiglia e basato sull'uso di un libretto sanitario pediatrico personale, con il corrente programma di attivazione dei controlli da parte dei servizi e basato sulla tradizionale cartella sanitaria (*J Dearlove Arch Dis Child 1999;80:507*).

Sono stati coinvolti cinque studi di medicina generale, un ambulatorio per il bambino sano dove operano prevalentemente assistenti sanitarie e l'ambulatorio oculistico del Yeovil Hospital, sempre nel Somerset. I cinque studi medici sono stati divisi in due gruppi e questi gruppi randomizzati a seguire i bambini o con il nuovo o con il vecchio programma. Le famiglie che partecipavano al programma di controlli di salute decisi dalla famiglia stessa venivano informate, prima del parto o al primo contatto pochi giorni dopo la dimissione dalla maternità, del tipo di controlli raccomandati e offerti dal servizio sanitario e del fatto che loro stesse potevano decidere di sfruttarli completamente, parzialmente o per niente. Veniva inoltre particolarmente sottolineata la grande responsabilità che esse avevano della salute del bambino, fissando esse stesse gli appuntamenti, ottenendo dalle assistenti sanitarie una completa compilazione del libretto e scrivendovi anche autonomamente informazioni ritenute importanti. Restava affidata ai servizi la responsabilità del programma vaccinale. Il programma di sorveglianza della salute dei bambini nell'East Somerset include una visita a sei settimane, la valutazione dell'accrescimento, della vista e dell'udito, la ricerca di difetti cardiovascolari, della lussazione dell'anca e del criptorchidismo. Dopo 18 mesi gli studi medici si

sono scambiati il tipo di programma. A un anno tutti i bambini venivano invitati ad un controllo ortottico e a una valutazione generale dello sviluppo, con l'obiettivo di individuare eventuali patologie sfuggite ad ambedue i modelli di sorveglianza. All'incirca dopo tre anni sono state valutate le loro cartelle cliniche ospedaliere sempre con l'obiettivo di individuare anomalie sfuggite precedentemente. Lo studio ha interessato 538 coppie madre-bambino. Solo 304 madri hanno portato i bambini al controllo del primo anno e di queste solo 270 avevano una documentazione valutabile, 163 del nuovo programma e 107 del vecchio. Dodici dei 163 avevano un problema sfuggito durante il nuovo programma di sorveglianza contro otto dei 107 del programma convenzionale. Alla verifica ospedaliera dopo tre anni, altri nove problemi sfuggiti sono stati trovati nei bambini del programma innovativo, altri sei in quelli del programma tradizionale, e solo cinque nei 268 bambini (in realtà 263, essendo stati persi cinque casi) che non erano stati valutati al controllo del primo anno o perché non portati dai genitori (234) o perché con documentazione non valutabile (34). In conclusione nessuna differenza significativa. Tra tutti questi problemi inoltre non ve ne erano di rilevanti. E anche analizzando i risultati fra le primigravide e le nubili, equamente distribuite fra i due gruppi, non sono state trovate differenze significative nel numero di problemi sfuggiti. Gli autori riferiscono sconsolati che in realtà, delle 163 madri assegnate al nuovo programma, solo 45 hanno effettivamente programmato da sole i controlli. Le altre hanno ammesso, rispondendo a un questionario di valutazione, di essere state sistematicamente influenzate dalle assistenti sanitarie che, ovviamente, si sono dichiarate contrarie in blocco all'innovazione. La triste conclusione è stata che,

Per corrispondenza:
Lucio Piermarini
E-mail: pierlucio@libero.it

nonostante la dimostrazione dell'esistenza di un legittimo dubbio sulla validità del programma tradizionale, del nuovo sistema, nell'East Somerset, non se ne è fatto nulla. Anzi, la mente del possibile cambiamento, uno degli autori, è stato licenziato perché divenuto ridondante. La possibile spiegazione del rifiuto a proseguire la sperimentazione starebbe, secondo gli autori, non tanto nei cambiamenti di ordine pratico della routine lavorativa realizzatisi nel corso dello studio, in effetti molto modesti, quanto piuttosto in quelli concettuali, realmente molto grandi. Sconvolgimenti concettuali che pur tuttavia erano stati previsti e erano stati oggetto di una specifica formazione, evidentemente con scarsi risultati.

Anche se possiamo non condividere le conclusioni scientifiche degli autori, soprattutto per la consistenza piuttosto scarsa della popolazione studiata, non possiamo però non condividere il loro pessimismo e il tentativo da loro fatto di dare una risposta "basata sull'evidenza" al quesito, che molti si pongono, sulla reale utilità dei controlli di salute (Quanti? Quali? Come?) e sulla importanza del ruolo della famiglia nella tutela della salute dei bambini. Nella discussione gli autori sottolineano ulteriormente il ruolo di "resistenti" delle assistenti sanitarie, e questo nonostante il tentativo di formazione; ebbene dalle nostre parti i resistenti saremmo noi pediatri, ospedalieri e di base, timorosi di scoprire che tutto sommato non siamo così indispensabili, se non altro in così gran numero e in gran parte delle funzioni che ci siamo arrogate. Un altro studio, stavolta scozzese, ma la zona è sempre quella (*BMJ* 1999; 318:627), realizzato presso un maternity hospital, avrebbe concluso che una sola visita neonatale completa, associata a un controllo a 8 settimane di età, permette di diagnosticare tutte le patologie di una certa importanza, con buona pace dei controlli ravvicinati più o meno paranoici di alcuni (o tutti?) ospedali nostrani. Senza autosopprimerci potremmo dedicarci a ciò che veramente serve, beninteso dopo aver dimostrato che serve veramente. Sarebbe una dimostrazione di grande maturità tentare di confermare o meno i risultati di questi studi anche in Italia. ■

LE INFEZIONI

Proteggono dall'allergia?

g.c. b.

Background Ci sono alcuni dati di letteratura che dimostrano che bambini che vivono in famiglie numerose hanno minore incidenza di malattie allergiche (M.a.), in specie asma, ed hanno minori incidenze di positività per i prick test. Ce ne sono altri che correlano il rischio di M.a. con l'ordine di genitura: il primo figlio ha più rischio di M.a. dei seguenti. La base di questo fenomeno, secondo la più corrente ipotesi, sarebbero le infezioni nei primi tempi della vita: ripetute infezioni stimolerebbero i linfociti T helper di tipo 1 (Th1, che producono interferone gamma) facendo pendere la bilancia verso di loro, invece che verso i Th2 (che sono allergene-specifici e producono interleukina 4), di cui bloccherebbero l'espansione.

Ci sono poi altri dati che dimostrano che i bambini che vanno all'asilo nido (che viene comunemente intesa come una scuola 0-3 anni) hanno un numero maggiore di infezioni, specie respiratorie, ed altri che dimostrano che l'incidenza di M.a. è più alta fra coloro che all'asilo nido ci sono andati ad un'età maggiore. C'è quindi un certo numero di dati da confermare su questi temi di non secondaria importanza per la salute comunitaria. In sostanza i dati da provare sono questi: più infezioni nelle prime età della vita danno meno M.a.? Avere molti fratelli dà più infezioni e quindi meno M.a.? Essere secondi o terzi fratelli dà più infezioni che essere primogeniti; questo protegge dalle M.a.? La frequenza all'asilo nido dà più infezioni; questo protegge dalle M.a.?

Obiettivi Gli AA hanno cercato di capire se sia dimostrabile un rapporto fra infezioni ed atopia sulla base di una ricerca sui seguenti dati:

- associazione fra M.a. e numerosità della fratria ed ordine di genitura;
- frequenza all'asilo nido.

Setting Ricerca eseguita nelle scuole frequentate da ragazzi di 13-14 anni nelle aree finlandesi di Helsinki, Turku e Pori, Kuopio e Lapland. La ricerca è stata effettuata durante l'inverno.

Metodi Il metodo ha utilizzato i questionari dello studio ISAACS (International Study of Asthma and Allergy in Childhood: vedi *Quaderni acp* 1998;4:42); si tratta quindi di uno studio osservazionale trasversale effettuato con questionari sul passato allergico e sulla attuale presenza di sintomi, integrato da questionari per i genitori per sapere se il bambino nel periodo 1-3 anni (il 1° anno era perciò escluso dalla ricerca) era stato:

- a casa;
 - in un nido-famiglia che accoglie solo 3-5 bambini;
 - all'asilo nido;
- e se i genitori avevano avuto storia di malattie allergiche.

La valutazione è avvenuta con il confronto delle OR (aggiustate per età, sesso, area, istruzione e storia familiare di M.a.) e con la significatività del trend per numerosità delle fratrie (1, 2, 3 o più), per l'ordine di genitura (1, 2, 3) e per la permanenza in istituzioni o a casa.

Sono stati ammessi allo studio 9.854 ragazzi di 13-14 anni frequentanti le scuole di cui sopra. Un certo numero fu escluso perché non era classificabile nelle tre condizioni suddette. Sono rimasti nello studio 8.387 ragazzi con una perdita di 1.467 ragazzi.

Risultati *Numerosità della fratria.* Il non avere fratelli, rispetto ad averne 2 o 3 e più, è risultato associato con un maggior rischio di avere sintomi respiratori (*hay fever*) da M.a. (OR 1,53), eczema (OR 1,28) e asma (OR 1,26). Il valore del trend da 1 fratello a 3 o più è significativo per tutte le condizioni. Associazione meno forte è stata dimostrata con l'ordine di genitura: il trend in questa condizione era significativo solo per l'*hay fever*. Nessuna associazione è stata dimostrata con la presenza di sintomi di M.a. negli ultimi 12 mesi.

Frequenza di comunità. La frequenza all'asilo nido è risultata significativamente, ma positivamente, associata con sintomi di hay fever pregressi e presenti (OR 1,34) con una significatività del trend da casa all'asilo nido: ciò vuol dire che paradossalmente, e contrariamente all'atteso, l'esposizione all'asilo nido aumenta il rischio di M.a. rispetto allo stare a casa.

Conclusioni La ricerca conferma che avere pochi fratelli espone ad un rischio maggiore di presentare M.a. nella storia, ma non di averne a 13-14 anni.

Il tipo di comunità frequentata, invece, non contribuisce a creare condizioni di rischio. Secondo gli AA possibili spiegazioni per questi dati non concordanti possono essere:

- le infezioni contano, ma quelle che bilanciano favorevolmente il rapporto Th1/Th2 sono altre rispetto a quelle che si contraggono all'asilo;

- l'età in cui il bilanciamento avviene è precedente a quella nella quale in Finlandia si va all'asilo nido (1 anno compiuto). Per esempio ci sono ipotesi che vorrebbero collocare questo tempo addirittura nella vita fetale;

- che siano altri (e non si sa quali), e non le infezioni, i fattori legati alla protezione determinata dal numero dei fratelli.

Commento Dopo l'enfasi sull'aria pulita paradossalmente ci si è accorti che vi sono dati che suggeriscono che l'aumento di asma è più marcato laddove l'aria ha migliorato sensibilmente la sua qualità. Ciò ha suggerito di ragionarci sopra ed il ragionamento ha portato a supporre che sia proprio la mancanza di stimolazione da batteri (Hygiene hypothesis) a far sì che aumentino le allergie (*Pediatr Allergy Immunol* 1995;6:1). Ma come? La ricerca del meccanismo ha dato luogo alla pubblicazione di un certo numero di lavori.

In una ricerca svolta nella Germania già comunista, pubblicata qualche mese fa (*Lancet* 1999;353:450) ed ignota quindi agli AA finlandesi, viene dimostrato che i bambini, provenienti da famiglie poco numerose (3 persone), ammessi precocemente (entro il 1° anno) al nido hanno significativamente ($p<0.05$) minori sintomi di M.a. e minore rischio di prick test

positivi rispetto a quelli ammessi dopo il 1° anno. L'OR per i prick positivi è di 1.99 per quelli ammessi a 12-23 mesi e di 2.72 per quelli ammessi oltre i 2 anni. Un dato quindi a favore di un dubbio che gli AA finlandesi esprimono: non succederà tutto prima di 1 anno di età? Il problema rimane intricato, ma non privo di valore in tema di medicina di comunità e quindi degno di essere seguito. Un'altra delle ipotesi dei finlandesi è che le infezioni "utili" siano altre rispetto a quelle dell'asilo nido. Quali? Su questo tipo di ipotesi ci sono dati modesti per il morbillo e più consistenti per la epatite A; questi ultimi di AA italiani (*BMJ* 1997;314:999). Ma per caso non sarà che l'epatite A è un marker di altre condizioni come basso tenore di vita e affollamento? I dati incontrovertibili sono che nei paesi in via di sviluppo e nei paesi ex comunisti, dove l'addensamento nelle case è molto alto e la frequenza di comunità infantili diffusa, le allergie sono meno frequenti che nei paesi "già sviluppati". Qual'è il motivo che rincorriamo per prove ed errori cercando numerosità, asilo, ordine di genitura? Il rapporto Th1/Th2? Chi lo influenza? La colonizzazione intestinale diventata nei paesi già sviluppati meno pericolosa, ma meno immunogena? E le vaccinazioni sono in gioco come infezioni o come evitamento di infezioni?

Le endotossine, ad esempio, sembrano favorire il passaggio dalla risposta Th2 alla risposta Th1. C'è poi un "tempo" delle risposte Th1 e Th2. La risposta delle cellule fetali e cordonali è prevalentemente orientata verso i Th2, cioè è di tipo "atopico"; essa si trasforma poi, dopo la nascita, fino a diventare di tipo adulto cioè prevalentemente Th1. Ci sono quasi certamente fattori genetici che modulano questa trasformazione (*Lancet* 1999;354 suppl. II:12), ma il latte materno ha un ruolo di "precettore" (*M e B* 1999;7:401) in questo viraggio. Quale influenza hanno i fattori esterni rappresentati dalle infezioni respiratorie ed intestinali? E qual'è l'età nella quale l'esposizione alle infezioni "protegge"? E qual'è il ruolo del fumo o degli acari? Se i bambini tedeschi protetti sono quelli che vanno all'asilo entro il 1° anno, questo potrebbe essere il periodo sensibile entro il quale sono necessarie ripetute infezioni (e cos'altro?) per girare la risposta da

Th2 a Th1. Potrebbe inoltre essere questo il motivo del fallimento dei finlandesi che escludevano il 1° anno dalla loro ricerca e che operavano su bambini nei quali la risposta era oramai (definitivamente?) a prevalenza Th2. Seguiremo il problema per i nostri lettori che intanto potrebbero rileggersi la recensione di *Quaderni acp* citata sopra e l'editoriale di *Medico e Bambino* del settembre 1999.

J. Pekkanen Infections in early childhood and risk of atopic disease *Acta Paediatr* 1999;88:710

Parole chiave Allergia, Asma bronchiale, Atopia, Eczema atopico, Infezioni, Malattie infettive.

short

Tassi di prescrizione di farmaci

Recensiamo questo lavoro, poco conclusivo circa la qualità delle prescrizioni, solo perché è uno dei pochi, a nostra conoscenza, che indica i tassi di prescrizione a seconda delle età.

Dà cioè degli indicatori. Le prescrizioni esaminate sono 158.000 per 48.000 consultazioni ambulatoriali date ad una popolazione di 95.000 bambini/ragazzi da 0 a 15 anni. Questi i tassi di prescrizione per mille bambini/ragazzi.

| | | | |
|-----------|-------|------------|-------|
| 0-15 anni | 1.621 | 3-6 anni | 1.650 |
| <1 anno | 3.330 | 7-10 anni | 1.200 |
| 0-2 anni | 2.750 | 11-15 anni | 1.200 |

N. Thrane A one year population-based study of drug prescriptions for danish children *Acta Paediatr* 1999;88:1131

Parole chiave Farmaci, Farmacoepidemiologia

g.c. b.



FEBBRE E BRONCHIOLITE

l. p.

Obiettivi Valutare l'importanza della febbre come fattore aggravante il decorso della bronchiolite.

Setting Queen Mary's Hospital, Sidcup, Inghilterra

Metodi Hanno partecipato allo studio tutti i lattanti di età superiore a 1 mese ricoverati per il loro primo episodio di bronchiolite da novembre 1997 a febbraio 1998. La diagnosi è stata posta in presenza di una infezione respiratoria alta seguita dalla comparsa acuta di difficoltà respiratoria, tosse, sibili, iperinflazione polmonare e rantoli crepitanti.

La malattia è stata classificata come lieve in assenza di bisogno di ossigeno, grave se l'ossigeno doveva essere somministrato, molto grave se il bambino doveva essere ventilato meccanicamente.

La febbre è stata definita presente se superiore a 38°C. Tutti i bambini sono stati sottoposti a Rx torace e ricerca del RSV. Gli antibiotici sono stati somministrati in caso di atelettasia/consolidamento o di stato tossico.

Risultati Sono stati studiati 90 bambini (59 maschi, 31 femmine) con una età media di 4.4 mesi, la degenza media è stata di 3.1 giorni. In 55 è stato identificato il RSV. I bambini sono stati divisi in due gruppi sulla base della presenza di febbre. I 28 bambini febbrili erano più vecchi (età media 5.3 vs 4.0 mesi), hanno avuto una degenza media più lunga (4.2 vs 2.7 giorni) e un decorso clinico più grave di quelli senza febbre (71% vs 29%). Una Rx con atelettasia/consolidamento era presente nel 60.7% dei febbrili e nel 14.8% degli afebrili. I 62 bambini senza febbre sono rimasti tali per tutta la degenza e uno soltanto ha avuto un decorso classificabile come molto grave. Solo 7

di essi avevano avuto febbre prima del ricovero.

Conclusioni I risultati suggeriscono che il monitoraggio della temperatura corporea è importante nella bronchiolite e che la febbre è probabilmente associata con un decorso clinico più grave e con anomalie radiologiche polmonari.

Commento Abitualmente utilizziamo l'antipiretico più che per diminuire la elevata temperatura corporea, che non di rado ha dimostrato effetti benefici su alcune malattie infettive, per migliorare le condizioni generali del bambino, togliendogli dolori e malessere, e contemporaneamente giudicare un po' meglio la reale gravità della situazione clinica. Questo studio ci suggerisce invece che eliminare la febbre potrebbe addirittura ridurre la gravità della malattia, evitando l'aumento del consumo di ossigeno che essa comporta (10-12% per ogni grado di temperatura in più) e quindi la gravità dell'ipossia. Senza contare che anche la riduzione della tachicardia e della tachipnea può dare il suo contributo per un minore dispendio energetico e quindi di ossigeno.

A. S. El-Rhadi Association of fever and severe clinical course in bronchiolitis *Arch Dis Child* 1999;81:231

Parole chiave Febbre, Bronchiolite

short Niente fosforo nel latte materno

Tra i numerosi vantaggi dell'allattamento al seno è stata annoverata anche la possibilità, come al solito sempre in attesa di conferme, di un migliore QI. La conferma purtroppo non viene da un studio realizzato su 323 bambini valutati a 4 anni e su 280 bambini valutati a 11 anni. Gli apparenti vantaggi sul QI, rilevati sui risultati grezzi, scomparivano una volta attuata la correzione per il QI materno e le capacità genitoriali della madre, che non erano state prese in considerazione nei prece-

denti lavori. Non ci disperiamo per questo e aspettiamo nuove conferme e smentite e infine le quasi decisive metanalisi.

S. W. Jacobson Breastfeeding effects on intelligence quotient in 4- and 11-year-old children *Pediatrics* 1999; 103:e71

Parole chiave Allattamento al seno

l. p.

short Gli acidi grassi polinsaturi non servono nei neonati a termine

Sul numero di agosto 1999 di *Quaderni acp* (pag. 50) una nostra messa a punto sull'uso degli acidi grassi polinsaturi a lunga catena (LCPUFA) si concludeva così: "Il vantaggio dei latticini arricchiti di polinsaturi (acido docosanoico ed arachidonico) nei bambini a termine non può essere considerato provato". Una conferma piuttosto autorevole ci viene da *The Lancet*. Una ricerca in doppio cieco ed un commento editoriale sul numero del 4 dicembre 1999 concludono così. I ricercatori scrivono: "Il nostro trial non fornisce prove che suggeriscano l'aggiunta di LCPUFA al latte formulato per bambini a termine". Il commento editoriale di Gibson (pag. 1.919) conclude: "Non ci sono sufficienti elementi per concludere che il supplemento di LCPUFA sia di qualche utilità per lo sviluppo dei bambini".

A. Lucas Efficacy and safety of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of infant-formula milk: a randomised trial *Lancet* 1999; 354:1948

Parole chiave Acidi grassi, Sviluppo cognitivo.

g.c. b.

Le evidenze epidemiologiche del rapporto nutrizione e tumori

Carlo La Vecchia

Istituto di ricerche "Mario Negri", Milano

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 42-44

Il Piano Sanitario nazionale prevede una modificazione degli "stili di vita" come strumento di riduzione della patologia. Il rapporto fra nutrizione e tumori è uno dei campi in cui la modificazione dello "stile" può essere di beneficio nella riduzione della più grave delle patologie. Fin dalla prima infanzia.

Un effetto protettivo della dieta mediterranea sul rischio di diverse malattie era stato suggerito dall'osservazione di una ridotta mortalità per malattie cardiovascolari in questi Paesi. Successivamente tale osservazione è stata estesa a diversi tumori comuni tra cui quelli dell'intestino, del pancreas, della mammella e della prostata. La comprensione e la quantificazione del ruolo della dieta mediterranea, e ancor più l'identificazione degli specifici componenti che possono essere responsabili della bassa incidenza e mortalità registrate per diversi tumori comuni in questi Paesi, rimangono però problemi ancora, almeno in parte, aperti (1). È importante in ogni caso focalizzare non solo la ricerca epidemiologica ma anche gli interventi di prevenzione verso una migliore comprensione e quantificazione del ruolo di ciascun specifico componente della dieta mediterranea sul rischio di cancro, con lo scopo ultimo di aprire prospettive di intervento attraverso l'industria alimentare, oltre che di informazione e prevenzione a livello di sanità pubblica.

Il ruolo protettivo di verdura e frutta

Numerosi studi epidemiologici indicano che una dieta ricca in frutta e vegetali e povera in grassi (soprattutto animali) è associata a un ridotto rischio di diverse patologie importanti, come malattie cardiovascolari, metaboliche e digerenti, ma anche tumori.

Elevati consumi di frutta e verdura sono associati a rischi ridotti per la grande maggioranza dei tipi di tumore, a dispetto di una grande variabilità nei fattori di rischio e nei meccanismi di cancerogenesi delle diverse sedi.

Ricche in numerose vitamine, fibre e altri inibitori della cancerogenesi quali flavonoidi e isoflavoni, la frutta e la verdura sono in grado di svolgere molteplici azioni. Una

carezza di frutta e verdura, anche molto minore di quella che può produrre carenze vitaminiche clinicamente evidenti, comporta una ridotta disponibilità nell'organismo, di sostanze che:

- permettono la neutralizzazione di cancerogeni;
- diluiscono la formazione di cancerogeni;
- riducono la capacità di cellule trasformate di proliferare;
- agiscono come anti-ossidanti.

Nella maggior parte degli studi epidemiologici i più forti consumatori di frutta e verdura sembrano avere un *rischio circa dimezzato per i principali tumori epiteliali* rispetto ai soggetti che ne consumano quantitativi inferiori, come peraltro confermato da una serie di studi condotti in Nord Italia su numerosi tumori comuni. Il consumo di verdura risulta protettivo sul rischio di numerosi tumori epiteliali, e in particolare quelli dell'apparato digerente, respiratorio e urinario, ma anche della mammella e dell'apparato genitale femminile, con una protezione che va dal 30% al 60% per il livello più alto di consumo rispetto al più basso. Non vi è invece associazione con i tumori degli organi linfatici ed emopoietici, come le leucemie e linfomi.

D'altra parte, un frequente consumo di frutta e verdura può implicare un minor consumo di grassi, proteine e anche di calorie totali, che possono essere correlate al rischio di alcuni tumori, come quelli di intestino o mammella.

La cosiddetta "dieta mediterranea", inoltre, non soltanto è particolarmente ricca di alcuni tipi di frutta e verdura, ma tende anche ad avere delle specifiche caratteristiche per il tipo di grassi usati. Burro e altri grassi animali, infatti, sono scarsi, mentre è più frequente l'utilizzo di olio di oliva. Inoltre, un frequente consumo di frutta e verdura può

Per corrispondenza:
Carlo La Vecchia
E-mail: lavecchia@irfmnegri

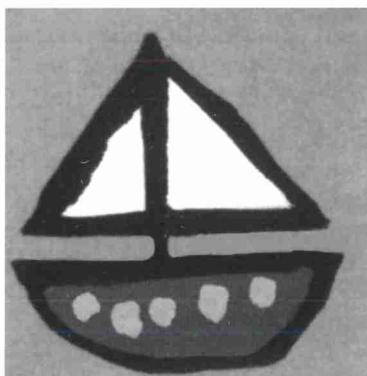
rappresentare anche un indicatore di una più sana attitudine verso la dieta e altre più generali abitudini di vita.

Questa e altre incertezze a livello di interpretazione biologica non impediscono in ogni caso di trarre delle indicazioni su come modificare la nostra dieta in senso favorevole sul rischio di cancro, oltre che di diverse altre patologie croniche. Ciò è tanto più rilevante a livello di sanità pubblica, se si considera che, nella nostra popolazione, una dieta ricca in frutta e verdura potrebbe ridurre dal 20% al 30% la frequenza di molti tumori comuni. Per i tumori delle alte vie digerenti e respiratorie, questa proporzione sale a oltre l'80% se accompagnata all'abolizione del tabacco e alla riduzione del consumo di alcool.

Consumo di grassi e rischio di cancro

Il consumo di grassi, e in particolare di grassi saturi di origine animale, è associato a un elevato rischio di infarto miocardico acuto e altre malattie cardiovascolari. Meno definita è l'associazione tra la quantità e la composizione dei grassi e il rischio di cancro.

Una forte correlazione tra consumo di grassi e incidenza e mortalità per diversi tumori comuni - tra cui quelli del grosso intestino, della mammella, dell'utero, dell'ovaio e della prostata - era originariamente emersa da studi ecologici su diverse popolazioni. Analoghe correlazioni sono state osservate anche tra le diverse regioni italiane: ad esempio, cibi ricchi di grassi animali erano positivamente correlati con la mortalità per tumore della mammella o del grosso intestino, anche dopo aver tenuto conto nell'analisi statistica dell'effetto di altri fattori di rischio.



Un'analisi delle differenze geografiche nella mortalità per tumori della mammella e del colon-retto suggerisce come non soltanto la quantità, ma anche il tipo di grassi nella dieta possano essere rilevanti. Nelle regioni del Nord, infatti, dove i tumori della mammella e del colon-retto sono più frequenti, vengono comunemente utilizzati come condimenti burro e altri grassi animali, mentre nelle regioni meridionali l'olio d'oliva viene utilizzato più frequentemente.

Per ciò che concerne il tumore del colon-retto, una dieta ricca di grassi potrebbe aumentare il rischio attraverso un'elevata sintesi e secrezione di colesterolo e acidi biliari che, a loro volta, sono convertiti dai batteri intestinali in acidi e sali biliari secondari, potenziali promotori del processo di carcinogenesi. La maggior parte degli studi riportano un rischio relativo che aumenta dal 50% al 100% nei soggetti con un più elevato consumo di grassi saturi.

Per ciò che concerne i tumori della mammella, in uno studio epidemiologico italiano di ampia dimensione, non vi era relazione con il consumo di grassi globale, ma i grassi monoinsaturi (principalmente l'olio di oliva) erano risultati, seppur moderatamente, protettivi, mentre i grassi saturi erano associati a un aumento di rischio.

I dati epidemiologici italiani sono di particolare interesse per le notevoli variazioni nella quantità e nel tipo di grassi utilizzati nella nostra, come in altre popolazioni mediterranee. Al di là dell'indicazione generale che ulteriore ricerca è utile su questo argomento, questi dati aprono, in ogni caso, interessanti prospettive di intervento a livello sia di prevenzione individuale (scelta dei condimenti) che industriale (utilizzo di grassi mono o poli-insaturi piuttosto che saturi nelle industrie alimentari).

L'alcool nella dieta mediterranea: una valutazione di benefici e rischi

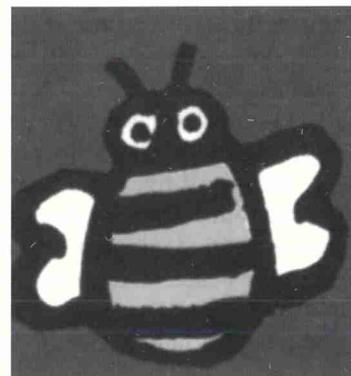
Il consumo di bevande alcoliche è tradizionalmente elevato nei Paesi mediterranei, soprattutto in Italia e in Francia. È probabile che un moderato consumo di alcool protegga contro l'infarto miocardico e le altre malattie ischemiche di cuore,

e che questo possa, almeno in parte, spiegare l'incidenza e la mortalità relativamente basse per le malattie cardiovascolari nei Paesi mediterranei. Tuttavia, l'interpretazione di questa protezione in termini biologici rimane controversa.

A livello di sanità pubblica, l'alcool ha comunque importanti implicazioni sul rischio di cirrosi epatica e di alcuni tumori, la cui incidenza e mortalità sono estremamente elevate in Italia settentrionale, Francia e Spagna. Infatti, sebbene l'etanolo non sia cancerogeno in quanto tale in sperimentazioni animali, vi è una chiara evidenza epidemiologica che il consumo di bevande alcoliche aumenti il rischio dei tumori della cavità orale e faringe, dell'esofago e della laringe. I rischi sono essenzialmente dovuti alla quantità totale di alcool, e sono quindi associati al tipo di bevanda alcolica più frequentemente consumata (e in generale più economica) in ciascuna popolazione.

L'associazione tra consumo di alcool e neoplasie del tratto digerente e respiratorio superiore è aumentata dal fumo, con un effetto di interazione moltiplicativa di ciascuno dei due fattori sul rischio dell'altro. In realtà, in assenza di alcool e tabacco, il rischio di tutti i tumori delle prime vie aeree e respiratorie sarebbe estremamente basso nei Paesi sviluppati.

Inoltre l'alcool è fortemente implicato nella mortalità per cirrosi epatica, incidenti e violenze. Di conseguenza, si è stimato che le morti globali attribuibili ad alcool siano circa 25.000



all'anno in Italia (corrispondenti a quasi il 5% della totalità delle morti), e oltre 50.000 in Francia (circa il 10% delle morti). Oltre che a queste patologie chiaramente associate all'alcool, il consumo di bevande alcoliche è stato implicato nell'insorgenza del tumore dell'intestino in entrambi i sessi, e del cancro della mammella nelle donne. Sebbene queste associazioni siano modeste, e quindi ancora aperte a discussione, trattandosi dei due tumori più comuni nei Paesi sviluppati, dopo quello del polmone, anche un modesto rischio associato al consumo di alcool può avere implicazioni rilevanti a livello di sanità pubblica.

Di conseguenza, il consumo di alcool non deve superare i 30 grammi di etanolo per giorno - corrispondenti a circa due bicchieri di vino, birra, o superalcolici, pasticcini inclusi - e può essere inferiore per le donne.

Conclusioni

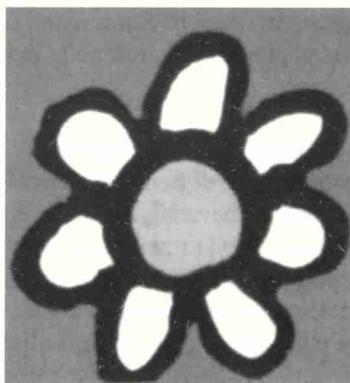
Vi sono numerose evidenze, anche se in parte indirette, che la dieta sia, nel suo complesso, responsabile di una frazione considerevole di tumori umani, sia in Italia che in molti altri Paesi sviluppati. Tale frazione è oggi stimabile tra il 20% e il 50%. La dieta gioca un ruolo particolarmente importante nei tumori del tratto digerente, ma anche di altri organi quali la laringe e il polmone, la mammella, i genitali femminili o la prostata. I dati epidemiologici, inoltre, sono stati in grado di identificare tutta una serie di profili dietetici favorevoli - o sfavorevoli - all'insorgenza di molti tumori comuni, e quindi in grado di fornire indicazioni per ridurre considerevolmente il rischio individuale di sviluppare una neoplasia.

L'obesità è, in particolare, un fattore di rischio ben definito per i tumori della mammella in post-menopausa, dell'endometrio (corpo dell'utero) e della colecisti. Poiché è stato stimato che il 39% degli uomini ed il 25% delle donne italiane è sovrappeso, ed oltre il 6% in entrambi i sessi è chiaramente obeso, riducendo sovrappeso e obesità ogni anno in Italia potrebbero venire evitate diverse migliaia di morti per tumori. Agire su questo fattore di rischio avrebbe, inoltre, ripercussioni favorevoli anche su altre patologie, in

particolare il diabete, le malattie dell'apparato digerente e cardiovascolare. Anche al di là dell'obesità è oggi possibile dare indicazioni su una dieta a basso rischio di cancro, basata su un più forte consumo di frutta e vegetali freschi, un limitato consumo di alcool e grassi, in particolare grassi saturi e sull'uso preferenziale dell'olio di oliva. Tale intervento va rivolto alla definizione di campagne di informazione e di prevenzione a livello individuale, ma anche a livello di disponibilità di alimenti, di composizione dei cibi, di accesso e definizione dei prezzi dei diversi tipi di cibi e alimenti. La stessa composizione degli alimenti andrebbe meglio specificata sulla confezione e la pubblicità o promozione dei prodotti non dovrebbe poter prescindere da informazioni corrette sulla composizione degli alimenti stessi e delle relative implicazioni sul rischio di patologie. È utile concludere ribadendo che ulteriore ricerca è auspicabile sull'argomento, pur se resta difficile, attraverso gli strumenti offerti dall'epidemiologia, studiare a fondo i numerosi e complessi aspetti della dieta. Ciò in nessun modo, tuttavia, deve ostacolare l'intervento su fattori dietetici e nutrizionali per i quali vi sia già convincente evidenza di effetti favorevoli. ■

Bibliografia

(1) La Vecchia C. "Nutrizione e Tumori. Implicazioni di Prevenzione e Prospettive di Ricerca". Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.



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.

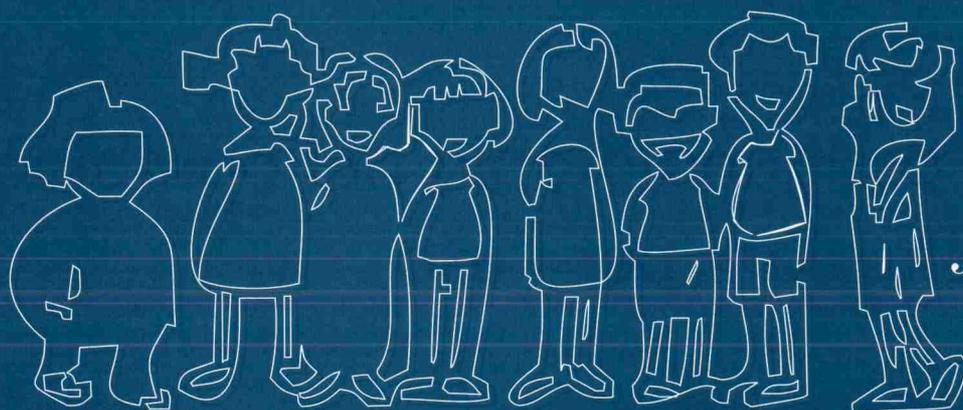
Comitato organizzatore
ARP Vicenza

Comitato Scientifico
Consiglio Direttivo ACP

Informazioni

Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro
via Gracco 33 - 36078 Valdagno (VI)

Associazione Culturale Pediatri



*ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento*

Quaderni ACP è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3.000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5.500 copie; 2.500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP. Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8.000 pediatri.

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione costituita a Milano il 5 settembre 1974 che raccoglie 3.000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri italiani con una prevalenza dei pediatri di famiglia (circa 65%) ed il resto di pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente non profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

Svolge attività editoriale, di formazione, di ricerca e di supporto e contributo ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini ed istituzioni.

Attualmente ne è presidente il dott. Giorgio Tamburlini dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofalo" di Trieste.

Attività editoriale

Nel 1974 ha fondato la "Rivista italiana di pediatria" che ha successivamente ceduto, simbolicamente per una lira, alla Società italiana di pediatria che tuttora la pubblica. Ha poi pubblicato "Novità in pediatria" e la rivista "Crescita" uscite per tre anni.

L'ACP contribuisce alla pubblicazione di "Medico e Bambino" che, pur non essendo di proprietà dell'ACP, è curato da un gruppo di pediatri dell'ACP. Ha pubblicato dal 1990 il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni ACP".

La rivista si compone di due sezioni. La prima sezione (le prime 36 pagine) pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda sezione pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività ambulatoriale; si tratta di linee guida, di materiali che hanno come scopo di aiutare le famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie. Pubblica altresì strumenti didattici per aiutare il pediatra ad affrontare i casi clinici che gli capitano e a leggere la letteratura scientifica.

Formazione ed aggiornamento

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare), che a quella personale (saper essere), che a quella manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane.

L'ACP è iscritta all'albo della formazione professionale presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici.

L'ACP ha proposto un sistema di accreditamento per le proprie attività formative.

Ricerca

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti.

L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

La pagina Web dell'ACP

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di Quaderni acp che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito www.acp.it. La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e fra i gruppi: l'impegno dell'ACP per l'autoregolamentazione nei rapporti con l'industria (che trovate sul Web) è stato discusso in via telematica. Sul Web è a disposizione per i soci materiale sull'abuso e sul maltrattamento ed altri documenti associativi come il documento ACP sui servizi sanitari. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni, ecc.



Saper fare

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 46-52

L'ossigenoterapia nel bambino

Istruzioni per l'uso

Giuseppe Orso, Luciano de Seta

U.O. di Pediatria Generale e Centro di Broncopneumologia
e Allergologia Ospedale "S.S. Annunziata", Napoli

La somministrazione di ossigeno dovrebbe avere le caratteristiche proprie dell'uso dei farmaci. È così?

Premessa di fisiopatologia

L'ossigenoterapia nel bambino presenta alcuni aspetti peculiari riguardanti principalmente le modalità di somministrazione e la suscettibilità agli effetti tossici.

Per quanto riguarda la modalità di somministrazione, la scelta dei sistemi di erogazione va effettuata in base al tipo di patologia, all'età del bambino ed alla sua compliance.

La prevenzione degli effetti tossici dell'O₂, specie nei casi di prolungata somministrazione soprattutto a neonati pretermine, si basa sul monitoraggio della rilevazione transcutanea dei gas ematici.

L'ipossia, ovvero l'*inadeguata ossigenazione dei tessuti*, è ciò che si deve prevenire con l'ossigenoterapia. L'ipossiemia, cioè *un basso livello d'ossigeno nel sangue*, generalmente implica ipossia a livello cellulare ma, in situazioni di anemia od ipotensione, può sussistere ipossia tissutale nonostante normali livelli di PaO₂ (*tabella 1*). L'inizio dell'ossigenoterapia è pertanto indicato prima della documentazione dell'ipossiemia, quando è possibile sospettare un'ipossia sulla base di segni clinici precoci (incremento della F.R. e della F.C., utilizzo dei muscoli accessori della respirazione, ridotta tolleranza allo sforzo, irritabilità, riduzione delle capacità mentali, crisi di apnea e bradicardia nei lattanti). Più tardivamente compaiono stato confusionale, alterazioni dello stato di coscienza fino al coma, aritmie cardiache, cianosi. Si ricorda che la cianosi dipende dalla presenza di una quantità di Hb non satura >5 gr% e la sua assenza, quindi, non esclude l'ipossiemia se coesiste anemia (*tabella 2*).

L'ossigenoterapia aumenta la tensione dell'O₂ inspirato ed è in grado di correggere l'ipossia da ipoventilazione e di migliorare quella da alterato rapporto Ventilazione/Perfusione. Risulta invece poco efficace nei casi,

rari in età pediatrica, di blocco della diffusione; è del tutto inefficace nei casi con shunt arterio-venoso destro-sinistro. Su questo principio si basa il test dell'iperossia utilizzato nella diagnostica differenziale della cianosi neonatale: nelle cardiopatie congenite con shunt destro-sinistro la somministrazione di O₂ al 100% per 15-20' non determina un sensibile miglioramento dell'ossigenazione.

Poiché le riserve di ossigeno nei polmoni e nei tessuti sono relativamente esigue l'ipossia tissutale si verifica entro 4 minuti da quando si è determinata l'insufficienza dei sistemi di ventilazione, di scambio di gas o di distribuzione dell'ossigeno attraverso la circolazione. Il successo del trattamento dell'ipossia tissutale dipende pertanto dalla precocità di diagnosi e da una pronta ed adeguata ossigenoterapia. Nelle situazioni acute la dose di O₂ somministrata può essere critica: nei casi, ad esempio, di gravi accessi di asma o di embolia polmonare una concentrazione del 60-100% per breve periodo può salvare la vita prima che venga attuato il trattamento specifico. Piccoli incrementi della PaO₂ possono produrre sensibili incrementi della saturazione di O₂ dell'Hb e del rilascio di O₂ ai tessuti in relazione alla forma della curva di dissociazione dell'HbO₂. Successivamente l'ossigeno può essere somministrato alla dose in grado di correggere l'ipossiemia minimizzando gli effetti collaterali. Va sottolineato che l'incremento dell'ipercapnia e dell'acidosi respiratoria che si osserva nei pazienti critici non è causato dall'O₂ terapia ma dalla progressione della malattia respiratoria sottostante e dall'incapacità del soggetto a sostenere il lavoro della respirazione. Pertanto, la riduzione precoce dell'erogazione di O₂, nell'erronea convinzione che ciò possa aumentare lo stimolo ventilatorio e ridurre la paCO₂, può comportare l'aggrava-

Per corrispondenza:
Luciano de Seta
E-mail: ludeseta@tin.it

mento dell'ipossiemia ed il rischio di arresto cardiorespiratorio. Solo in caso di ritenzione cronica di CO₂ (ad es. nella fibrosi cistica ed in altre gravi pneumopatie croniche) si devono somministrare, anche in fase acuta, bassi flussi di O₂ per evitare ulteriori incrementi di CO₂ a seguito del venir meno dell'ipossia, che in tali soggetti rappresenta un efficace stimolo alla respirazione. Se quindi non è presente ritenzione cronica di CO₂, l'O₂ può essere somministrato più liberamente, tentando di raggiungere una PaO₂ di circa 70-80 mm Hg ed una saturazione >90%, ma non superiore al 95%.

Tab ella 1.

TIPI DI IPOSSIA

IPOSSIA IPOSSICA (ANOSSICA)

- da alterato rapporto ventilazione/perfusione (es. asma, polmonite, atelettasia, edema polmonare, sindrome da distress respiratorio),
- da ipoventilazione (es. pneumotorace, pleuriti essudative, fibrosi polmonare, depressione dei centri respiratori, malattie del SNC, lesioni del midollo spinale, neuropatie, miopatie, ostruzioni delle alte vie respiratorie),
- da shunt arterio-venosi (es. tetralogia di Fallot, ipertensione polmonare persistente nel neonato),
- da alterazione della diffusione (es. grave ipoplasia polmonare).

IPOSSIA ANEMICA

- da perdita di sangue,
- da ridotta produzione o distruzione patologica di GR o Hb,
- da Hb anomale,
- da intossicazione da CO.

IPOSSIA CIRCOLATORIA

- da scompenso cardiaco congestizio,
- da arresto cardiaco,
- da grave ipotensione arteriosa.

IPOSSIA ISTOTOSSICA

- da sostanze tossiche che interferiscono con la normale utilizzazione di O₂ da parte dei tessuti (es. avvelenamento da cianuro).

Metodi di erogazione dell'O₂

Un'ottimale umidificazione dell'ossigeno erogato è indispensabile per prevenire la disidratazione delle mucose e l'ispessimento delle secrezioni bronchiali, effetto, quest'ultimo, assolutamente da evitare nei bambini affetti da displasia broncopolmonare e da fibrosi cistica. Le apparecchiature migliori allo scopo sono quelle che permettono contemporaneamente umidificazione e riscaldamento della miscela inspirata. Una miscela troppo fredda (<35°C) produce come effetti negativi:

- *locali*: l'aumento della lesività dell'O₂ sulla mucosa, l'aumento delle resistenze vascolari polmonari e della contrattilità della muscolatura bronchiale;
- *generale*: la riduzione della temperatura corporea, che comporta un aumento del consumo locale di O₂ ed acidosi.

Quando l'O₂ viene somministrato a basso flusso (1-4 l/m) con maschera o nasocannula, l'orofaringe ed il nasofaringe provvedono all'umidificazione; quando erogato ad alto flusso, è invece indispensabile provvedere a umidificazione e riscaldamento adeguati.

La scelta del metodo di somministrazione di O₂ nel bambino deve tener conto di diversi fattori: la FiO₂ che si intende raggiungere, il livello di umidificazione desiderato, la tollerabilità del sistema da parte del paziente, la durata presunta della terapia ed il tipo di insufficienza respiratoria.

Cannule nasali

Cannula nasale singola

(o catetere o sondino nasale)

Può essere inserita per 2-3 cm nella coana anteriore oppure essere introdotta fino alla coana posteriore, ad una distanza dalle narici uguale a quella esistente tra l'ala del naso ed il trago.

In questo caso è richiesta particolare accuratezza nel posizionamento: quando con l'abbassalingua si intravede la punta del sondino che sfiora l'orofaringe, si retrae il sondino di un piccolo tratto e si fissa.

Indicazioni: la cannula nasale singola viene utilizzata soprattutto nel lattante.

Limiti: con questo metodo si possono raggiungere FiO₂ più elevate e più costanti nel tempo, ma più frequentemente si verificano complicazioni.

Cannule nasali (occhiali)

Il loro corretto posizionamento all'ingresso del naso con il flusso diretto verso la parete posteriore delle coane permette sufficienti umidificazione e riscaldamento della miscela inspirata ed una minore irritazione della mucosa nasale.

Utilizzando le cannule nasali la FiO₂ varia enormemente in funzione dei seguenti parametri:

- a) velocità del flusso di O₂: da 0.125 a 5 l/min la FiO₂ varia dal 22% al 44%. La velocità del flusso non deve comunque mai superare i 5-6 l/min, in quanto flussi più elevati non determinano un apprezzabile incremento della FiO₂ e sono più frequentemente associati a complicazioni quali distensione gastrica, rigurgito, cefalea, irritazione ed ulcerazione della mucosa nasale, epistassi e dermatiti;
- b) flusso inspiratorio: nel bambino, che ha fisiologicamente flussi inspiratori più bassi dell'adulto, sono sufficienti ridotti flussi di O₂ per ottenere la stessa FiO₂ di un adulto. Ad esempio, per ottenere una FiO₂ di 0.3 circa, si rendono necessari approssimativamente: 0.2-0.3 l/min. nel neonato, 1 l/min. nel bambino, 3 l/min. nell'adulto;
- c) ventilazione al minuto: la FiO₂ risulta inversamente proporzionale alla frequenza respiratoria.

Indicazioni: le cannule nasali sono abbastanza confortevoli e ben tollerate nel bambino grande; a basso flusso consentono l'umidificazione fisiologica dell'ossigeno, permettono di non interrompere l'ossigenoterapia durante l'alimentazione, la somministrazione di farmaci e la fisioterapia, sono semplici da usare e di basso costo.

Limiti: non si possono raggiungere FiO₂ elevate; è impossibile un'accurata misurazione dell'ossigeno erogato, per cui la velocità di flusso deve essere aggiustata in base alla risposta alla terapia; si possono verificare gli effetti collaterali già menzionati soprattutto con alti flussi; non sono facilmente reperibili occhiali di misura pediatrica.

Cappette

Sono involucri di plexiglas che coprono solo la parte superiore del corpo del bambino. La maggior parte di esse presentano delle aperture che possono essere chiuse parzialmente a seconda della FiO₂ che si intende raggiungere. È consigliabile effettuare la verifica della concentrazione fina-

te anche quelle monouso sterili, abbastanza costose) vanno accuratamente pulite e disinfettate ad ogni utilizzo.

Tende ad O₂

Possono essere utilizzate solo se esiste una buona disponibilità di O₂ in quanto richiedono flussi elevati (10-15 l/min) di O₂.

Indicazioni: la tenda può essere utile in alcune situazioni cliniche in cui si rende necessario il raggiungimento di un'umidità molto elevata (es. croup).

Limiti: benché molto utilizzate in passato, diversi sono i motivi per sconsigliarne l'uso.

a) Richiedendo flussi molto elevati, possono essere utilizzate soltanto se esiste una buona disponibilità di ossigeno.

b) È difficile mantenere all'interno concentrazioni terapeutiche di O₂. Si possono anche raggiungere concentrazioni >50%, ma la FiO₂ si riduce rapidamente in seguito all'apertura necessaria per le procedure assistenziali.

c) Non permettono una buona osservazione del bambino da parte del personale di assistenza e della madre.

d) In alcuni soggetti asmatici la nebbia prodotta favorisce il broncospasmo.

e) Costituiscono una potenziale fonte di infezione se non adeguatamente pulite e disinfettate dopo ogni utilizzo.

Va sottolineato che, poiché l'ossigeno tende a stratificarsi verso il basso, per raggiungere concentrazioni adeguate è indispensabile chiudere ermeticamente la tenda alla base.

Maschere facciali

Maschere semplici

Indicazioni: sono indicate per la somministrazione di concentrazioni di O₂ intorno al 50%.

Limiti: non sono in grado di provvedere alle intere richieste respiratorie dell'individuo, per cui l'aria ambiente viene trascinata all'interno attraverso appropriati fori della maschera per supplementare il basso flusso di O₂. Soprattutto a basse velocità di flusso si può verificare un significativo "rebreathing" in quanto l'aria espirata dal paziente non è adeguatamente allontanata tra viso e maschera. Non sono pertanto indicate nei casi di

insufficienza respiratoria con ipercapnia.

Maschere di Venturi

Sono dotate di particolari valvole che sfruttano il principio del "jet mixing" (effetto Bernoulli): al passaggio dell'ossigeno attraverso un orifizio ristretto si genera una corrente ad alta velocità che attira all'interno del sistema una proporzione costante di aria ambiente.

La quantità di aria che viene trascinata all'interno del sistema dipende da due parametri variabili:

a) la velocità del getto di O₂, che a sua volta è in relazione sia alla velocità del flusso di O₂ che alle dimensioni dell'orifizio della valvola;

b) le dimensioni delle aperture laterali della valvola.

Indicazioni: a seconda del tipo di valvola adoperata e della velocità di flusso di O₂ si possono erogare concentrazioni differenti di ossigeno (24%, 28%, 31%, 35%, 40%, 50%, 60%) che rimangono costanti nel tempo se la maschera viene mantenuta ben adesiva al viso del bambino. Esse possono essere adoperate anche in caso di insufficienza respiratoria con ipercapnia: il rebreathing, infatti, non si verifica in quanto la maschera, dotata di fori, viene "lavata" dall'alto flusso di O₂ raggiunto.

Limiti: non sempre sono ben tollerate dai bambini, e possono risultare pericolose in caso di rigurgito o vomito.

Maschere con Reservoir

La velocità del flusso di O₂ viene aggiustata in maniera tale che il reservoir sia continuamente insufflato.

Ne esistono due tipi:

la "partial rebreathing mask" è sprovvista di valvole unidirezionali tra maschera e reservoir. Una parte dei gas espirati entra nel reservoir divenendo parte della successiva inspirazione. I rimanenti 2/3 vengono allontanati attraverso apposite aperture della maschera (raggiungibili FiO₂ di 0.8). La "non rebreathing mask" è dotata di una valvola unidirezionale tra maschera e reservoir, il paziente inala solo dal reservoir e può espirare esclusivamente attraverso valvole ad una via situate sul bordo della maschera. Un sistema di valvole di sicurezza permette all'aria di entrare nel sistema qualora la sorgente di O₂ venga

Tabella 2.

INDICAZIONI ALL'OSSIGENOTERAPIA ACUTA

Arresto cardiorespiratorio

Distress respiratorio

Ipossiemia (nell'adulto PaO₂ <60 mmHg, SaO₂ <90%)

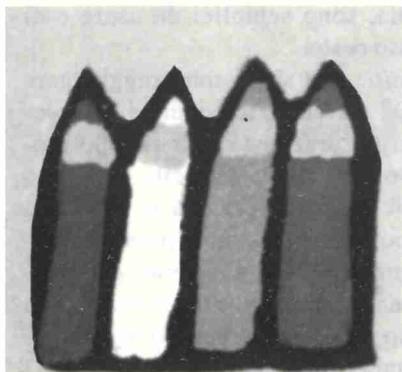
Riduzione della gittata cardiaca ed acidosi metabolica

Ipotensione arteriosa

le di O₂ nella cappetta con l'ossimetro a varie altezze in quanto essa può variare anche del 20% tra la parte alta e la parte bassa della cappetta. Come per la tenda, durante le procedure di assistenza i livelli della FiO₂ si modificano sensibilmente. Il flusso di O₂ deve superare i 7 l/min al fine di evitare il ristagno di CO₂.

Indicazioni: le cappette sono particolarmente utili nei bambini piccoli che richiedono alte FiO₂ come, per esempio, quelli appena svezzati dal ventilatore o quelli che, ricevendo l'ossigeno mediante canule nasali, richiedono improvvisamente più alte FiO₂.

Limiti: non essendo sistemi monouso (recentemente sono state commercializza-



Clenil[®]A

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

Fluibron A

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE CLENIL A

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: Beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Flaconcini monodose da 2 ml di sospensione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Per aerosolterapia: Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni** Infezioni virali tubercolari attive o quiescenti locali. Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL-A Monodose. Benchè CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata 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 mineralcorticoidale 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 crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. **Tossicità genetica:** la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool ceteostearilico, 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 broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** Tossicità acuta - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). Tossicità cronica - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. Attività teratogena - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. Attività mutagena - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. Influenza sui vari organi ed apparati - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 10.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere 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.

accidentalmente sconnessa (raggiungibili FiO₂ di 0.95).

Indicazioni: sono particolarmente utili nelle situazioni acute in cui vi è necessità di somministrare per breve tempo alte concentrazioni di O₂, come ad esempio nell'accesso di asma bronchiale senza ipercapnia.

È da segnalare che in alcuni bambini che tendono al collasso bronchiale può essere utile l'ossigenoterapia in ventilazione meccanica assistita con PEEP (pressione positiva di fine espirazione): il beneficio della PEEP consiste nell'aumento della pressione di fine espirazione che previene il collasso bronchiale e quindi migliora le alterazioni del rapporto ventilazione/perfusione.

Monitoraggio dell'ossigenoterapia

In tutti i pazienti in O₂ terapia deve essere somministrata la concentrazione minima di O₂ che riporta i valori della PaO₂ entro il range di normalità senza superare il limite massimo, per non incorrere negli effetti tossici dell'ossigenoterapia. È dimostrato che esiste un rapporto inversamente proporzionale fra concentrazioni di O₂ e tempo di comparsa del danno: concentrazioni di O₂ inspirato superiori all'80% producono considerevoli danni tissutali entro 36-48 ore; concentrazioni del 60-80% producono danno dopo maggior tempo; concentrazioni del 50% sono più sicure nelle somministrazioni prolungate.

Metodiche invasive

In linea teorica per ottenere informazioni precise sullo stato di ossigenazione dei tessuti bisognerebbe ricorrere alla determinazione della pressione parziale di O₂ sul sangue venoso misto prelevato dall'arteria polmonare o dall'atrio destro. Nella pratica la determinazione del pH, della PaO₂, della PaCO₂ e della SaO₂ su sangue arterioso rappresenta il gold standard al quale tutte le altre metodiche devono far riferimento.

La valutazione iniziale della saturazione va effettuata sul paziente che respira aria; le successive determinazioni misurano la risposta alla O₂ terapia. In alcune situazioni, quali riduzione della gittata cardiaca o rilevante shunt intrapolmonare, questa risposta può essere scarsa.

La PaCO₂ fornisce una precisa informazione sull'adeguatezza della ventilazione polmonare. Le modifiche acute di tale parametro comportano prevedibili modifiche del pH ematico: in particolare per ogni incremento della PaCO₂ di 20 mmHg al di sopra dei valori normali si ha una riduzione del pH di 0.1, per ogni decremento di 10 mmHg al di sotto dei valori normali si ha un aumento del pH di 0.1. Nell'insufficienza respiratoria cronica il pH è invece usualmente nella norma per il compenso effettuato dal rene.

L'approccio sistematico all'interpretazione dell'emogasanalisi arteriosa è schematizzato nella **tabella 3**. Per calcolare il gradiente alveolo-arterioso (AaDO₂) si può far ricorso ad una formula semplificata "dell'equazione dei gas alveolari": PAO₂= 150-1.25 PaCO₂.

La PAO₂ così calcolata può essere confrontata con la PaO₂ ottenuta dall'emogasanalisi arteriosa, che normalmente è più bassa, per cui nel bambino il valore dell'AaDO₂ risulta inferiore ai 15 torr. Shunt arterio-venosi ed alterazioni del rapporto ventilazione/perfusione sono associati ad una AaDO₂ elevata. In caso di ipossia da ipoventilazione o di bassa PO₂ inspirata

Tabella 3.

INTERPRETAZIONE DELL'EMOGASANALISI ARTERIOSA

- Valutare se la PaCO₂ è bassa (iper-ventilazione alveolare), normale, o alta (insufficienza ventilatoria). Valutare in base al pH se esiste compenso metabolico o disordini addizionali.

- Se è presente acidosi metabolica calcolare l'anion gap (Na-(Cl+HCO₃)) che non aumenta in caso di diarrea o perdita renale di bicarbonati.

- Valutare lo stato di ossigenazione arteriosa: l'ipossiemia diventa clinicamente importante in genere con PaO₂<62 mmHg e Sat O₂<90%.

- Calcolare il gradiente alveolo-arterioso in O₂ (AaDO₂) per avere informazioni aggiuntive sulla causa dell'ipossia (Williams A.J. BMJ 1998; 317:1213-1216).

l'AaDO₂ risulta invece normale.

Per l'esecuzione dell'emogasanalisi, nel bambino si preferisce pungere l'arteria radiale che è relativamente facile da palpare e fissare, ed il suo territorio di irradiazione è fornito di un buon circolo collaterale da parte dell'arteria ulnare. È raccomandabile ricorrere all'anestesia locale poiché la puntura provoca intenso dolore e la conseguente iperventilazione emotiva che ne deriva è in grado, tra l'altro, di modificare la PaCO₂. Quando è necessario un monitoraggio intensivo è consigliabile provvedere all'incannulamento dell'arteria. Il prelievo sul sangue capillare arterializzato (ottenuto riscaldando con acqua calda - cioè vasodilatando - un'estremità) può dare informazioni utili solo su pH e PaCO₂, che peraltro sono sensibili alle manipolazioni operate sul tessuto sede di prelievo e non sono attendibili in caso di difetto di perfusione.

Metodiche non invasive

Il monitoraggio transcutaneo dei gas ematici è ottenibile mediante un'apparecchiatura che è dotata di particolari elettrodi che consentono di valutare in continuo la tensione parziale di O₂ (PtcO₂) e di CO₂ (PtcCO₂) sul sangue capillare della cute sottostante opportunamente riscaldata. È necessario, pertanto, spostare frequentemente l'elettrodo per evitare l'insorgenza di ustioni. La metodica tende a sottostimare la PaO₂ ed a sovrastimare la PaCO₂, particolarmente se si adopera l'elettrodo combinato. La determinazione è influenzata dallo spessore dello strato corneo cutaneo. Valori falsamente bassi si hanno in caso di ridotta perfusione periferica (shock, anemia, acidosi, edema grave). Al contrario, valori di PtcO₂ >100 mmHg possono essere dovuti ad iperossiemia; va in questi casi esclusa la presenza di aria al di sotto dell'elettrodo.

La saturimetria od ossimetria pulsata (determinazione della saturazione in O₂ dell'Hb, SpO₂) si basa sul principio che l'Hb ossigenata e quella ridotta presentano due differenti spettri di lunghezza d'onda del vicino infrarosso (660 e 920 nm). L'apparecchio è fornito di una sonda con due sensori, perfettamente affrontati, applicati alla mano, al piede o al lobo

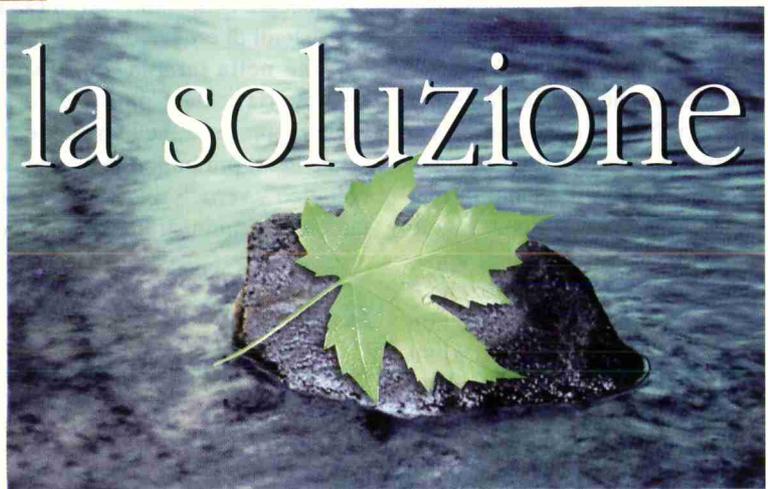
INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



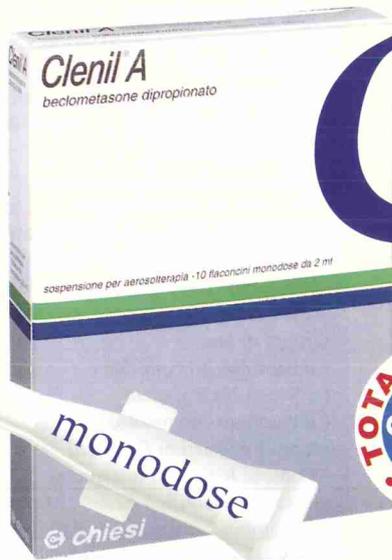
riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

la soluzione



Clenil[®] A

beclometasone dipropionato



...e **Fluibron A**
ambroxol



chiesi

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

auricolare. Dei due sensori l'uno costituisce la sorgente dell'energia luminosa, l'altro capta la luce emergente e la trasforma in energia alternata. La successiva elaborazione da parte di un algoritmo preimpostato fornisce la SpO₂. Normalmente circa il 98% dell'O₂ del sangue arterioso è legato all'Hb ed il 2% è disciolto nel sangue. Per valori di saturazione compresi tra 75 e 95% esiste un'ottima correlazione con la PaO₂, mentre, a causa della fase piatta della curva di dissociazione dell'ossiemoglobina, esiste una scarsa correlazione con la PaO₂ per valori di SpO₂>95%; è opportuno, pertanto, non superare questo valore in corso di O₂ terapia per evitare il rischio di iperossiemia. A differenza del monitoraggio transcutaneo la manutenzione dell'apparecchiatura è semplice, la calibrazione è automatica, la lettura è immediata, non esistono influenze da parte di variazioni di temperatura, pH e spessore dello strato corneo. Le determinazioni non sono attendibili in caso di edema periferico, anemia, scarsa perfusione periferica e, solo per alcuni tipi di saturimetro, in caso di Hb anomale.

In definitiva le tecniche di monitoraggio non invasive, più che per la prima valutazione del bambino con insufficienza respiratoria, sono utili per seguire l'andamento delle variazioni dei gas ematici nel corso della malattia, al fine di ottenere informazioni riguardanti la risposta alla terapia e di evitare l'esposizione a concentrazioni di O₂ inutilmente elevate. La pressione arteriosa parziale di O₂ e CO₂ ed il pH debbono essere misurati ad intervalli regolari per valutare lo stato dello scambio gassoso durante il trattamento. La PaO₂ dovrebbe essere mantenuta tra 65 ed 80 mmHg e la PaCO₂ tra 35 e 45 mmHg. La Sat.O₂ tra il 90 e il 95%. Il ricorso alla ventilazione meccanica deve essere preso in considerazione non solo sulla base dei dati strumentali, ma anche tenendo presente l'anamnesi e le condizioni cliniche del bambino, la malattia da cui è affetto, nonché la situazione organizzativa della struttura in cui si opera: se manca il reparto di terapia intensiva, è opportuno mantenere un livello di allarme maggiore in previsione di trasferimento in struttura più attrezzata. In linea generale,

comunque, massima attenzione deve essere posta ai casi in cui, superata la fase del primo approccio, non si riesce a raggiungere una PaO₂ di 60 mmHg con la somministrazione di O₂ con FiO₂ >0.4, e ancor di più se i valori di PaCO₂ risultano superiori a 50 mmHg, soprattutto se presenti intensa tachipnea ed acidosi. La tempestiva diagnosi di ipossia ed il suo corretto trattamento, attraverso l'utilizzo di adeguate concentrazioni di O₂ e di idonei sistemi di erogazione, rappresentano il cardine nella terapia dell'insufficienza respiratoria acuta. Come tale l'ossigenoterapia rappresenta, nelle malattie respiratorie acute, il più importante "agente farmacologico", vero "salvavita" solo se correttamente somministrato e monitorato. ■

Bibliografia

- (1) Bateman N.T., Leach R.M. ABC of Oxygen. Acute oxygen therapy. *BMJ* 1998;317:798-801
- (2) Williams A.J. ABC of oxygen. Assessing and interpreting arterial blood gases and acid-base balance. *BMJ* 1998;317:1213-1216
- (3) Treacher D.F., Leach R.M. ABC of oxygen. Oxygen transport- 1. Basic principles. *BMJ* 1998;317:1302-1306
- (4) Bettina C. Hilman Pediatric respiratory disease: diagnosis and treatment. V.B. Sanders Company 1993
- (5) Gerald M. Loughlin, Howard Eigen Respiratory disease in children. Diagnosis and management. *Williams e Wilkins* 1994
- (6) *Rivista Italiana di Pediatria. Fisiopatologia, monitoraggio e terapia dell'insufficienza respiratoria del bambino. Suppl. al N°3, vol 23,1997*
- (7) Spinelli M.L. e coll. Il monitoraggio non invasivo dell'ossigeno ematico attraverso il sensore transcutaneo e l'ossimetro pulsato. Atti del XXI Corso di Aggiornamento in Neonatologia. Roma dicembre 1998



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 Fedele, 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

Perché leggere ai bambini ad alta voce

Giancarlo Cerasoli*, Caterina Lo Presti**

*U.O. di Pediatria Ospedale "Bufalini", Cesena

** Centro per la Salute del Bambino, U.L. di Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 53-54

Al congresso di Assisi l'ACP e il Centro Salute del Bambino si sono impegnati in un nuovo progetto chiamato "Nati per leggere".

Qui si tratteggiano le motivazioni scientifiche derivate dalla letteratura che stanno alla base del progetto. Ai colleghi suggeriamo anche di leggere il volumetto di Rita Valentino Merletti "Leggere ad alta voce", edizioni Montari. È un libro che si legge in due ore ed è molto utile per pediatri e genitori.

L'editoriale di aprile di *Quaderni acp* e l'intervento di Rita Valentino Merletti al congresso ACP di Assisi hanno posto l'attenzione sull'aiuto che i pediatri possono fornire alle famiglie nel promuovere la lettura ai bambini di qualsiasi età, sia come strumento di valorizzazione del capitale sociale che come fattore protettivo nei confronti dell'insuccesso scolastico. Si fa riferimento al progetto USA "Reach Out and Read", lanciato dieci anni fa dal "Boston City" Hospital, con l'obiettivo di "utilizzare" i pediatri per aumentare la lettura ai bambini insegnando ai genitori che la lettura fa parte della salute del bambino (*Quaderni acp* 1999;6:3). In queste pagine si discutono i presupposti e le possibili strategie di questo intervento. La difficoltà a leggere e scrivere è un problema che colpisce soprattutto i bambini che appartengono a famiglie in condizioni socio economiche svantaggiate e contribuisce ad incrementare il ciclo della povertà. L'incapacità di leggere a scuola è causa di disagio che porta a frustrazione e riduzione dell'autostima e può contribuire ad aumentare il rischio di abbandono scolastico, di disoccupazione, di gravidanze durante l'adolescenza, di comportamenti delinquenziali e, forse, anche di abuso di sostanze (*Arch Ped Adolesc Med* 1998;152:459).

Molti studi hanno dimostrato l'importanza del contatto precoce dei bambini con la lettura ad alta voce nel favorirne il successo scolastico (*Dev Rev* 1994;14:245). I bambini iniziano a confrontarsi con il linguaggio scritto attraverso il quotidiano contatto con la lettura mediato dai loro genitori e da altri adulti. La qualità di queste esperienze precoci influisce sul loro linguaggio e sulla loro capacità di comprendere la lettura di un testo scritto all'ingresso a scuola.

Uno degli stimoli più importanti è il contatto con i libri per l'infanzia. I bambini capiscono presto che le parole stampate comunicano informazioni e quindi sono incuriositi dai libri e dalla loro lettura. Una lettura che si svolge nella famiglia in modo abituale può facilitare la transizione da una educazione intrafamiliare ad una scolastica, caratterizzata da comunicazioni del tipo domanda-risposta. I figli di genitori in condizioni socioeco-

nomiche svantaggiate possiedono meno libri e, soprattutto, mancano di qualcuno che interagisca con loro leggendo, rispetto ai bambini delle famiglie più ricche di risorse umane e finanziarie. È importante quindi rivolgere in primis gli sforzi per promuovere l'apprendimento della lettura e della scrittura a questi bambini.

Una lettura ad alta voce, eseguita in modo interattivo può accrescere l'attenzione, la curiosità e la fantasia dei bambini (*Quaderni acp* 1999;6:2). Per ovviare alla dichiarata mancanza di tempo di molti genitori si può consigliare loro di dedicare alla lettura almeno il periodo che precede l'addormentamento del bambino, stabilendo così delle precise abitudini per facilitare il sonno.

Durante la lettura i genitori possono rendersi conto dell'interesse, delle espressioni e dei comportamenti dei propri figli molto più che durante il gioco libero. La lettura ripetuta può, inoltre, prevedere percorsi di complessità crescente: dalla semplice definizione degli oggetti rappresentati nel libro, alla classica lettura-racconto, fino alla creazione di favole che il bambino può inventare partendo dai materiali presenti nelle pagine del libro (*J Child Lang* 1978;5:1).

Le ricerche

I pediatri hanno un'opportunità speciale di incoraggiare i comportamenti che migliorano l'abilità dei bambini.

Il loro è un ruolo possibile: visitano regolarmente i bambini durante i bilanci di salute assicurando così un'importante continuità nella presa in carico del bambino.

Da loro i genitori si aspettano informazioni e consigli su come migliorare il benessere del bambino ed il suo apprendimento, e non solo su argomenti di natura "organica" (*Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:255). Conoscendo i genitori i pediatri possono fornire informazioni per il loro bambino e trasmetterle entro un contesto di relazione interpersonale continuativa che facilita la comprensione e l'acquisizione delle informazioni (*Pediatrics* 1998;101:12).

Possono rendere le indicazioni date a voce più efficaci consegnando ai genitori anche materiali

Per corrispondenza:
Giancarlo Cerasoli
E-mail: cercarlo@dada.it

scritti, ovviamente preparati da esperti in letteratura dell'infanzia.

I metodi

Gli studi sulla promozione della lettura a voce alta ai bambini di età variabile tra i sei mesi ed i sei anni, appartenenti a famiglie in condizioni economiche svantaggiate, utilizzano tre diversi metodi, variamente associati tra loro (*AJDC*. 1991;145:881 *Arch Pediatr Adolesc Med*.1998;152:459 *Pediatrics* 1999;103:993).

La lettura ad alta voce effettuata da volontari nelle sale d'aspetto dei consultori o degli ambulatori. I volontari seguono un breve corso di formazione che li rende capaci di adattare la lettura all'età del bambino, catturandone l'interesse ed incoraggiandone la partecipazione. Il loro esempio dovrebbe coinvolgere positivamente i genitori, contagiandoli ed inducendoli, una volta tornati a casa, a leggere al bambino il libro donato dal pediatra.

I consigli forniti dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. I pediatri e le infermiere sono coinvolti in un percorso formativo sull'importanza della lettura a voce alta ai bambini. Durante il corso apprendono le strategie per incoraggiare i genitori a leggere ad alta voce ai propri figli, senza pretendere da loro un apprendimento della lettura troppo precoce. I consigli dati sono diversi da genitore a genitore in rapporto alle loro capacità di mettere in pratica i suggerimenti e all'età dei loro bambini. In alcuni casi vengono fornite informazioni, scritte in modo molto semplificato, su come, quando e dove rendere più piacevole per i bambini la lettura ed il contatto con i libri.

Il dono del libro per bambini durante le visite pediatriche. I pediatri all'inizio della visita di controllo regalano al bambino un libro usando come strumento della valutazione dello sviluppo psicomotorio e del linguaggio. Questi libri illustrati con figure vivaci contengono frasi scritte con un linguaggio semplice, trattano argomenti adeguati all'età dei bambini e sono fatti in modo da favorire l'interazione tra genitore e bambino. Nel caso di genitori provenienti da altri paesi e che parlano comunemente la loro lingua d'origine i libri contengono la traduzione del testo nella lingua del paese di provenienza.

Come indicatore dell'efficacia della strategia proposta è stato utilizzato il criterio delle risposte date dai genitori a distanza di alcuni mesi dall'intervento. L'abitudine nelle famiglie a leggere a voce alta ai bambini è stata considerata presente se i genitori affermavano di avere letto e guardato un libro od un giornale insieme al figlio nelle ventiquattr'ore prece-

endenti l'intervista o almeno tre giorni alla settimana, oppure se avevano segnalato la lettura o il guardare insieme al proprio figlio un libro come una delle tre attività favorite dal bambino. Nei lavori considerati la durata dell'osservazione ha previsto da due a tre visite consecutive. L'intervento significativamente associato all'attitudine a leggere a voce alta in famiglia è risultato l'aver ricevuto un libro durante la visita pediatrica. I genitori che l'avevano ottenuto riferivano da quattro a sei volte più di quelli che non l'avevano avuto, l'interesse dei propri figli verso i libri. L'effetto positivo dell'intervento è molto più forte nei confronti dei genitori che hanno un livello di istruzione più basso e vivono più isolati. Ciò può essere dovuto al fatto che per i bambini appartenenti alle famiglie più svantaggiate l'ostacolo maggiore all'interesse per la lettura è costituito proprio dalla mancanza dei libri. Nelle famiglie prese in esame, prima dell'intervento dei pediatri, il numero dei libri per bambini era, infatti, molto scarso in contrasto con la presenza di un buon numero di giocattoli adeguati all'età dei figli. Questo dimostrerebbe come le famiglie in condizioni economiche svantaggiate non ritengano, prima di un'adeguata sollecitazione, i libri importanti per lo sviluppo del bambino. Fornire libri alle famiglie può in questo caso non solo suggerire l'importanza che la lettura ha per una precoce stimolazione del bambino, ma anche e soprattutto dare concretamente i mezzi per affrontare la lettura. Il dono del libro può, inoltre, contribuire a coinvolgere di più la famiglia nell'interesse verso il benessere del bambino. È significativo il fatto che il numero di libri per bambini che si ritrova nelle famiglie aumenti significativamente, anche non considerando i libri regalati, dopo che è stato fatto l'intervento di sensibilizzazione da parte dei pediatri. Questo incremento può essere dovuto all'effetto positivo che la lettura ha sulla interazione adulto bambino che gli stessi genitori hanno constatato e che li ha spinti ad aumentare le loro risorse di lettura.

Se analizziamo le famiglie al cui interno è già presente l'abitudine a leggere ai figli, definito con le variabili descritte precedentemente, possiamo rilevare alcune caratteristiche (*Pediatrics* 1999;103:55). Rispetto alle famiglie dove l'abitudine non è presente esse risultano costituite, in un numero più elevato di casi, da nuclei biparentali formati da persone sposate o che, comunque, vivono insieme stabilmente; i genitori hanno un maggior grado di istruzione e leggono libri almeno qualche giorno alla settimana; nella loro casa vi è un rapporto adulti/bambini elevato, cioè vi sono più adulti che bambini; in casa si parla solo la lingua del paese in cui si risiede e ci sono alme-

no dieci libri per bambini. Si tratta quindi di famiglie con maggiori disponibilità economiche, come rivelato anche dal maggior numero di libri per bambini posseduti, e con migliori risorse umane e sociali. Ciò induce, ancora una volta, ad orientare lo sforzo verso le famiglie con minori risorse economiche e minore "capitale sociale" e a cercare di migliorare le variabili intrafamiliari più facilmente modificabili (*Pediatrics* 1998;101:12). Piuttosto che cercare di modificare le caratteristiche demografiche è opportuno cercare di aumentare gli aiuti economici alle famiglie in difficoltà, il numero di libri per bambini presenti nelle case, il numero degli adulti capaci di interagire in maniera positiva con i bambini tramite la lettura o l'utilizzo di libri illustrati, da colorare o da costruire.

Il possibile aiuto del pediatra

I pediatri possono avere un ruolo positivo nell'aiutare i bambini a crescere amando i libri e i genitori a trasmettere il piacere della lettura. Le strategie ambulatoriali utilizzate sono particolarmente efficaci nei confronti dei bambini che appartengono a famiglie che hanno meno risorse umane ed economiche, e sono a rischio maggiore di fallimento scolastico.

Già a cinque o sei mesi i bambini mostrano interesse verso le immagini dei libri illustrati e a quell'età i loro genitori sono particolarmente recettivi verso le informazioni fornite sullo sviluppo dei bambini. Questo permette ai pediatri di intervenire precocemente già durante i bilanci di salute del primo anno per fornire consigli appropriati sulla promozione della lettura a voce alta ai bambini e per donare libri adeguati alle famiglie; questo naturalmente non da soli, ma con la sostanziale collaborazione di una rete che li assista in questa operazione che può trovarsi nelle biblioteche per ragazzi, nelle biblioteche scolastiche, in quelle di quartiere, nelle amministrazioni comunali. Il progetto che l'ACP ed il Centro Salute del Bambino stanno studiando con la collaborazione dell'Associazione Italiana Biblioteche nasce da questa necessità di rete. Infatti, qualunque sia il tipo d'intervento scelto per sensibilizzare i genitori alla lettura ad alta voce con i propri figli, è necessario che esso faccia parte di un programma che prevede il coinvolgimento di altri gruppi professionali, quali i maestri ed i bibliotecari e gruppi di volontari. È importante, inoltre, promuovere e rinforzare periodicamente nei bambini l'interesse verso i libri e la lettura.

Per fare questo è necessario che ogni intervento venga progettato insieme agli operatori che possono garantire questa continuità, in particolare con i bibliotecari che lavorano nelle sezioni per l'infanzia. ■



CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS

Ricerca e servizi per la maternità, l'infanzia e l'adolescenza

Unità locale di Palermo - via Galileo Galilei 22, 90145 Palermo Tel/fax 0916810715 e-mail: csbdipa@tiscalinet.it



progetto M.AT.I.L.DA.

Con questa lettera desideriamo presentarvi il Progetto M.AT.I.L.DA, che ha come scopo la promozione nelle famiglie della lettura a voce alta ai bambini in età prescolare.

Il progetto ha alcune caratteristiche particolari che troverete nella scheda allegata, caratteristiche che lo qualificano come progetto di Ricerca & Azione.

Il progetto nasce all'interno dell'iniziativa "Nati per Leggere" e pertanto in stretta collaborazione con la locale sezione dell'ACP (ACP Palermo) e della AIB (AIB sez. Sicilia) ma si propone di sperimentare nella pratica alcune ipotesi di lavoro un po' più specifiche. Il progetto parte dalla riflessione che per ottenere risultati duraturi non basta fornire al pediatra delle informazioni sull'utilità della lettura a voce alta per i bambini in età prescolare ma occorre impegnarsi in un progetto di più ampio respiro che coinvolga nelle diverse realtà locali operatori e professionalità diverse sia sul versante della formazione, sia in quello della valutazione sia in quello della operatività pratica.

Ci preme sottolineare alcuni punti:

1. Il Centro per la Salute del Bambino di Palermo ha costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare (bibliotecari, librai, ludotecari, pediatri, insegnanti, pedagogisti) per elaborare delle strategie in grado di includere tra le cure primarie la promozione nelle famiglie della lettura a voce alta ai bambini.

2. Il progetto è rivolto ai bambini in età prescolare e per ottenere il necessario coinvolgimento delle famiglie utilizzerà il contesto dei controlli di salute operati dai pediatri.

3. Per far sì che in ogni famiglia siano presenti gli strumenti essenziali per leggere e sviluppare l'interesse e la capacità di lettura, i pediatri aderenti al progetto e per questo espressamente formati, doneranno alcuni libri ai bambini in sei controlli di salute programmati dall'età di sei mesi fino all'età di sei anni. I pediatri inoltre forniranno alcuni consigli ai genitori su come usare i libri fin dalla età più precoci.

Il libro, infatti, deve essere utilizzato con modalità completamente diverse secondo l'età del bambino e delle sue precedenti esperienze di ascolto. Il progetto pilota parte in Sicilia in dieci ambulatori pediatrici e raggiungerà 5.000 bambini di questa fascia di età.

Ma il numero dei pediatri aderenti al progetto si

va rapidamente innalzando e questa stima tiene conto soltanto dei pediatri fin qui formati e che il Centro per la Salute del Bambino ritiene idonei a veicolare il messaggio del progetto.

4. Il nostro progetto prevede inoltre l'interazione nelle sale di attesa con i lettori volontari, con l'obiettivo di dimostrare ai genitori come i bambini si divertano e interagiscano facilmente grazie a un libro adatto all'età.

5. Alcuni esperti in letteratura per l'infanzia aderenti al progetto stanno elaborando un catalogo di libri per fornire alle aree di intervento un ampio assortimento di libri di alta qualità (richiamo visivo, contenuto, messaggio) selezionati con particolare attenzione all'appropriatezza evolutiva e culturale e alla filosofia del progetto. Il catalogo sarà regolarmente aggiornato nella nostra pagina Web, attualmente in definizione.

6. Il progetto ha suscitato notevole interesse in altre città italiane ed è in via di costituzione un coordinamento locale per sperimentare in contesti diversi le ipotesi della nostra iniziativa anche nei seguenti centri: Napoli, Trieste, Oristano, Matera. Il passo successivo sarà la costituzione di un coordinamento nazionale del progetto.

7. È in cantiere un ambizioso progetto di ricerca che prevede la valutazione degli esiti finali (capacità di linguaggio, sviluppo cognitivo, successo scolastico, ampiezza del vocabolario, prevenzione dei problemi del comportamento, prevenzione dell'abbandono scolastico e della delinquenza minorile) nei bambini in cui sarà indotta precocemente l'abitudine alla lettura.

Il progetto M.AT.I.L.DA valuterà regolarmente l'efficacia delle strategie adottate per la promozione nelle famiglie dell'abitudine a leggere a voce alta ai bambini. Dai nostri dati iniziali tale abitudine è assente in molti contesti socioculturali e poco diffusa in generale anche tra le famiglie con alta scolarità, come del resto riflettono i dati ISTAT sull'abitudine alla lettura tra gli adulti.

Progetto M.AT.I.L.DA

Un progetto che include tra le cure primarie la promozione nelle famiglie della lettura a voce alta ai bambini in età prescolare

M.AT.I.L.DA è il nome del celebre personaggio di Roald Dahl, un nome scelto per sottolineare le potenzialità che un bambino è in grado di liberare grazie alla lettura. È anche l'acronimo di "medico attendo il dato" per evidenziare l'importanza del monitoraggio dei risultati. Il progetto ha l'obiettivo di promuovere nelle famiglie l'abitudine a leggere a voce alta ai bambini in età prescolare, non solo per il piacere della relazione che si crea durante la lettura, ma anche per l'apprendimento e l'arricchimento del linguaggio e delle capacità cognitive che la lettura a voce alta è in grado di stimolare nel bambino. L'iniziativa vuole divulgare il valore della lettura a voce alta tra tutti gli operatori che si occupano d'infanzia ma non intende insegnare ai bambini a leggere precocemente ma trasmettere agli adulti l'importanza della lettura sganciata dal peso di finalità educative e didattiche.

M.AT.I.L.DA motiva i genitori sul ruolo positivo della lettura a voce alta nello sviluppo del bambino; fornisce informazioni pratiche sui libri, con particolare attenzione alle risorse culturali ed economiche delle famiglie; dona al bambino, ad ogni controllo di salute tra sei mesi e sei anni, un libro nuovo, bello e scelto con attenzione; prepara volontari per la lettura di libri ai bambini nelle sale d'attesa degli operatori che partecipano alla realizzazione del progetto, per mostrare ai genitori che i bambini si divertono ad ascoltare; promuove iniziative di rinforzo nel territorio: "ore di racconto", "letture animate" e inviti "protetti" alle sedi decentrate della biblioteca comunale con prescrizione del nome del bibliotecario "amico di M.AT.I.L.DA"; collabora con la rete internazionale di progetti per la promozione della lettura a voce alta ai bambini in età prescolare.

M.AT.I.L.DA è presente in aree professionali e sociali che incontrano le famiglie con bambini piccoli in modo individuale e ripetitivo:

- in alcuni ambulatori di pediatri di base, che includono le attività del progetto tra le cure primarie;
- in alcuni servizi territoriali quali centri di vaccinazione, centri di accoglienza;
- in alcuni reparti ospedalieri pediatrici;
- nelle biblioteche pubbliche aderenti al progetto.

M.AT.I.L.DA valuta l'efficienza e l'efficacia del progetto, centralizzando i dati raccolti con interviste strutturate sulle idee e i comportamenti abituali delle famiglie a proposito della lettura ai bambini. Il monitoraggio avrà come obiettivo fondamentale quello di calibrare l'intervento e verificare l'opportunità di cambiare strategie e metodologie.

M.AT.I.L.DA è in cerca di amici in grado di sostenerla per trovare i finanziamenti necessari alla realizzazione delle sue idee.

M.AT.I.L.DA collabora con tutte le realtà locali che vorranno riprodurre le idee e l'operatività che la caratterizzano.

Il Centro per la Salute del Bambino per la realizzazione del progetto forma gli operatori e i volontari, seleziona e cataloga per età un elenco di libri per l'infanzia, definisce le modalità di valutazione per il monitoraggio degli obiettivi, raccoglie fondi necessari per la realizzazione del progetto, avvia rapporti di collaborazione con case editrici, fondazioni, istituzioni, autori e illustratori per l'infanzia "amici di M.AT.I.L.DA"

Cordiali saluti
Il Centro per la Salute
del Bambino di Palermo

Prebiotici probiotici e protezione intestinale

Giancarlo Biasini

Centro Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 2: 56-57

In alcuni paesi di lingua inglese sono entrati in commercio i Bio yogurt (enhanced yogurt), yogurt contenenti una quantità di lattobacilli o di bifidobatteri capace di "influenzare" la composizione della flora microbica intestinale, ma secondo un commento di The Lancet (1999;354:1884): questi nuovi prodotti non vengono sottoposti a sufficienti controlli di qualità; le etichette non riportano quali germi ci sono nel contenuto e la quantità riportata è riferita alla data di confezionamento e non dell'acquisto.

Può essere definito come probiotico o come prebiotico ciò che è in grado di "influenzare" la flora microbica intestinale (*BMJ* 1999;318: 999-1003).

I probiotici sono supplementazioni agli alimenti, come i batteri che producono acido lattico o i bifidobatteri largamente usati negli yogurt. Alcuni di questi batteri sono componenti fisiologici della flora intestinale, non sono patogeni, ma non colonizzano definitivamente e permanentemente l'intestino e quindi devono essere forniti frequentemente e non una volta per tutte.

Nei prodotti in commercio si trovano miscele di lattobacilli e bifidobatteri, ma anche di saccaromiceti (*Boulardi*, *Cerevisiae*). I più usati sono comunque i bifidobatteri, che rappresentano il 95% di tutta la flora intestinale nel neonato allattato al seno e sono presenti, in misura inferiore, nelle età successive; essi sono capaci di demolire i carboidrati, sintetizzare vitamine idrosolubili e proteggere dalle infezioni. Hanno infatti la capacità di aderire all'epitelio intestinale ostacolando per concorrenza l'adesione di batteri patogeni come *Coli* e *Salmonelle*. Sul piano teorico l'aderenza all'enterocita, "proprietà" non comune a tutti i lattobacilli e ai bifidobatteri e non necessaria alla loro attività metabolica, è di rilevante utilità, ma è controversa, e non dimostrata, la sua applicabilità alla terapia delle infezioni intestinali in atto.

In via sperimentale la somministrazione a volontari, studiati con biopsie digiunali e retali, di 19 ceppi di lattobacilli (ognuno 5x10⁶/ml), ha dimostrato la colonizzazione della mucosa digiunale e rettale e una netta riduzione di clostridi e di enterobatteri. La quantità di lattobacilli somministrati ammontava a 95 miliardi, una quantità rilevante se si pensa che il contenuto più alto di lattobacilli presente nei preparati in commercio è di

20 miliardi. La somministrazione di *Bacillus breve* a bambini con enterite si è dimostrata in grado di eradicare dalle feci il *Campylobacter*, sebbene assai meno rapidamente di quanto non si sia ottenuto con l'eritromicina, e la somministrazione di *B. Bifidum* ha ridotto l'eliminazione di *Rotavirus* dopo episodi di diarrea provocati da questo germe. Circa una loro eventuale attività antitumorale ci sono dimostrazioni istologiche che i lattobacilli sono capaci di degradare sostanze carcinogenetiche come le N-nitrosamine e la Dimetilidrazina. In pratica: nel trattamento della diarrea acuta e nella profilassi della diarrea del viaggiatore l'effetto dato dai lattobacilli non è differente da quello che si ottiene con un placebo, non ci sono ricerche sul loro uso profilattico in persone sane e va ricordato un caso in cui il riscontro di un ascesso epatico fu associato all'uso di lattobacilli (*The Lancet* 1999;354:1884). Escludiamo da questa trattazione i lattobacilli GG che sono stati presentati come un vero e proprio farmaco anche se, fino ad ora, è stato dimostrato un loro beneficio troppo modesto perché possano essere consigliati come tali (*Pediatrics* 1991;88:91, *J Ped Gastroenterol Nutr* 1995;21:224 e 1997;25:510, *Acta Paed* 1995;20:333).

I prebiotici sono, invece, parti di alimenti non digeribili o non completamente digeribili, che stimolano selettivamente la crescita e le attività dei lattobacilli o dei bifidobatteri nel colon. Sono rappresentati da elementi con basso peso molecolare contenuti specialmente nella cipolla, nella cicoria, nell'aglio, nel porro ed in misura minore nei cereali e da oligosaccaridi come l'inulina, il raffiniosio e lo stachiosio contenuti specie nel fagiolo e nel pisello. L'attività di queste sostanze consiste nello stimolare il metabolismo dei bifidobatteri e dei lattobacilli aumentando il

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

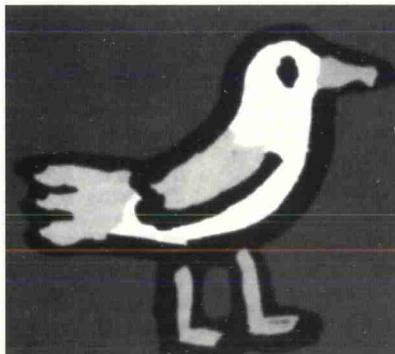
numero di colonie e la produzione di acidi grassi a catena corta, fonte di energia per l'epitelio intestinale, e riducendo la sintesi di Very Low Lipoprotein che favoriscono il rischio di aterosclerosi.

Per agire però devono sfuggire alla digestione nel tratto superiore dell'intestino e essere utilizzati da lattobacilli e bifidobatteri nel tratto inferiore.

Esistono in commercio negli USA molecole di sintesi analoghe, capaci cioè di indurre un aumento dei bifidobatteri, come il Neosugar (fruttoligosaccaride).

Sia per i probiotici che per i prebiotici mancano dati a sostegno di una loro attività immunomodulatrice da qualcuno riconosciuta. Il commento che ci pare più idoneo è quello di Gerald Tannock: "I probiotici sono stati presentati sul mercato in maniera molto semplicistica e noi non avremo una vera spiegazione della loro eventuale capacità di far bene fino a

quando non avremo capito di più sulla normale microflora intestinale; il 40-50% delle persone ha una stabile popolazione intestinale e un apporto esogeno non influenzerà certamente la loro flora, per motivi ignoti non è così per gli altri ma sarà sicuramente difficile modificare la loro flora intestinale con dei sostituti" (Lancet 1999;354:1884). ■



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 Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR). Nella causale del versamento deve essere specificato: "abbonamento a Quaderni acp". Nella quota di iscrizione annuale all'ACP è invece compreso l'abbonamento alla rivista.

Internet

La rivista, a partire dal n° 1/1997 è disponibili 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.

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** - Ipersensibilità accertata verso il prodotto. **4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso.** **4.4.1 Speciali avvertenze** - L'eventuale presenza di corpuscoli visibili nei fialoidi di ENTEROGERMINA è dovuta ad aggregati di spore di *Bacillus subtilis*; non è pertanto indice di prodotto alterato. Agitare il fialoide prima dell'uso. **4.4.2 Precauzioni per l'uso** - Nel corso di terapia antibiotica si consiglia di somministrare il preparato nell'intervallo fra l'una e l'altra somministrazione di antibiotico. Tenere fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** - Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Gravidanza ed allattamento** - Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** - Il farmaco non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine. **4.8 Effetti indesiderati** - Non sono stati segnalati, sino ad oggi, effetti collaterali con l'impiego del farmaco. **4.9 Sovradosaggio** - A tutt'oggi non sono state segnalate manifestazioni cliniche da sovradosaggio. **5. Proprietà farmacologiche** - **5.1 Proprietà farmacodinamiche** - ENTEROGERMINA è un preparato costituito da una sospensione di spore di *Bacillus subtilis*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus 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® 250 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: otiti medie, 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 125 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 | 1/2 - 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 presentino 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 regolarli 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 nel 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 epidermica 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. Spetto 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. Compressa. 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. Compressa: 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.

Glaxo Wellcome S.p.A.

VERONA
www.glaxowellcome.it



STIAMO LAVORANDO

PER LA **COMPLIANCE**

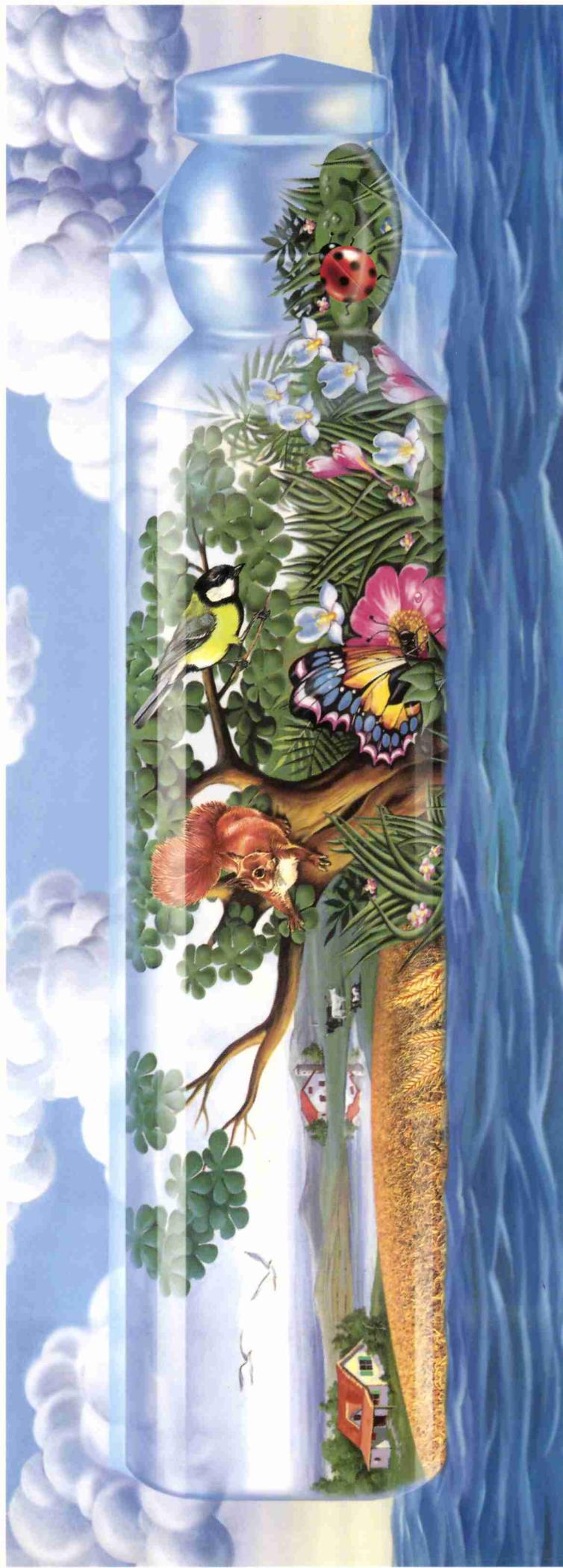
DEI VOSTRI

PICCOLI PAZIENTI.

Zinnat[®] *sospensione*
acetossietilcefuroxima

GlaxoWellcome

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTEROGERMINA[®]

lo recupera e lo mantiene.


sanofi~synthelabo
otc