

# Quaderni acp

volume VII - numero 3

www.acp.it

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



**Maggio-Giugno 2000**

*Bioetica in terapia intensiva neonatale*

*Valutazione di efficacia pratica  
di un programma di prevenzione  
dell'abitudine al fumo*

*Gli indicatori di salute  
nella Regione Europea*

*Il National Institute for Clinical  
Excellence (N.I.C.E.) e il nostro  
programma nazionale delle linee guida*

*Napoleone morì di tumore  
o fu avvelenato?*

*La Nestlé e il Giubileo*

*Il morbillo in Italia*

*QT lungo e rischio di SIDS.  
Un mare di critiche*

*HIV e allattamento al seno*

*Conoscere il Journal club*

*Un bambino che sviene tre volte*

*La condizione sociale influenza  
le diseguaglianze nella salute*

*Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"*

*Mangiare informati*

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<sup>(1,2)</sup> 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.<sup>(3)</sup>

Per diagnosticare correttamente tutti i pazienti celiaci si possono effettuare semplici ricerche sul siero di anticorpi antigliadina, antiendomio o, più recentemente, antitransglutaminasi<sup>(4)</sup> (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](mailto: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  
**Ospedaliera** +39 040 8997.242  
**Servizio Clienti** 040 8997.231

# Sommario

Maggio - Giugno 2000 volume VII, numero 3

## Editoriale

- 6 Bioetica in terapia intensiva neonatale  
*Gherardo Rapisardi*

## Congressi controllo

- 8 Firenze - Dieci anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti  
*Sergio Conti Nibali*
- 8 Bologna - Utilità (?) dei bilanci di salute  
*Giancarlo Biasini*
- 8 Tabiano - È sempre Tabiano  
*Lucio Piermarini*
- 8 Aosta - Il libretto di salute della Valle  
*Antonella Brunelli*
- 9 Riccione - Monselice - Bambini ai Pronto Soccorsi  
*Giancarlo Biasini*
- 9 Trieste - Il corso del CSB per dirigenti materno-infantili  
*L. R.*

## Ricerca

- 10 Valutazione di efficacia pratica di un programma di prevenzione dell'abitudine al fumo  
*Claudia Monti et al.*

## Organizzazione sanitaria

- 14 Gli indicatori di Salute nella Regione Europea
- 15 Il National Institute for Clinical Excellence (N.I.C.E.) e il nostro programma nazionale delle linee guida

## Libri

- 16 Peppino Tramaloni, *La casa del pane*
- 16 Ugo Cornia, *Sulla felicità a oltranza*
- 17 Jostein Gaarder, *In uno specchio, in un enigma*
- 17 Giuseppe Maserà, Francesco Tonucci *Cari genitori*
- 17 Irene Dische, *Le lettere del sabato*

## Diritti

- 18 Memorandum per l'autorità governativa  
*MAMI - Movimento Allattamento Materno Italiano*

## Film per ragazzi

- 21 Lo strano linguaggio di un bambino nel film  
*Italo Spada*

## Info

- 22 Migrazioni sanitarie e costi: i dati del Ministero della Sanità per gli anni '97-'98
- 22 ISTAT: mozione parlamentare
- 22 Neurochirurgia d'altri tempi
- 23 Disegni di bambini ai "Martinit"
- 23 Certificazioni relative alle vaccinazioni
- 23 Glaxo-SmithKline-Beecham: 360.000 MLD
- 23 Pianeta acqua, amica acqua... sorella acqua
- 23 Quando la stampa dà i numeri
- 23 Anche peggio quando la stampa informa

## World-Info

- 24 USA - Medici con voglia di servizio sanitario
- 24 UK - Inequalities o variations?
- 24 USA - Preate fratelli
- 24 USA - Vaccino per il rotavirus e... per i ricchi
- 24 CANADA - Complicanze della pertosse
- 24 UK - Feci di piombo
- 25 IRAQ - Un'altra faccia dell'embargo

- 25 USA - I QI dei big del mondo
- 25 UK - Diseguaglianze e salute
- 25 USA - Povertà e mortalità: ben poco da copiare
- 25 UK - Il SSN inglese e l'influenza

## Lettere

- 26 Napoleone morì di tumore o fu avvelenato?  
*Antonella Brunelli*

## Nessuno scrive al colonnello

- 29 La Nestlè e il Giubileo  
*Adriano Cattaneo*

## Statistiche correnti

- 30 Il morbillo in Italia  
*Fortunato D'Ancona et al.*

## Lettere

- 34 L'organizzazione del lavoro nei reparti pediatrici  
*Mario Canciani*
- 35 Malastampa uno  
*Luigi Santamaria*
- 35 Malastampa due  
*Claudio Pototschnig*

## ACP News

- 36 Nati per leggere in Romagna
- 36 Consiglio Direttivo del 27 maggio 2000
- 36 Bassano: muoversi senza motore

## Leggere e fare

- 38 QT lungo e rischio di SIDS. Un mare di critiche  
*Sergio Conti Nibali*
- 39 Celiachia: novità dalla Svezia  
*Giancarlo Biasini*
- 40 PFAPA: una patologia di interesse per il pediatra ambulatoriale  
*Maria Grazia Lunetta*

## Aggiornamento avanzato

- 42 HIV e allattamento al seno  
*Paolo G. Miotti*

## Saper fare

- 46 Conoscere il Journal Club  
*Rosario Ferracane*

## Il caso che insegna

- 48 Un bambino che sviene tre volte  
*Renato Vitiello*

## Bambini con bisoni speciali

- 51 La condizione sociale influenza le diseguaglianze nella salute, anche in Italia  
*Giuseppe Cirillo*

## abc in pratica

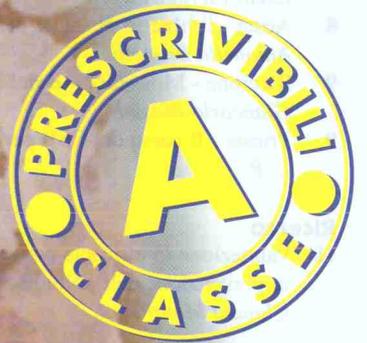
- 53 Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"  
*Antonella Brunelli*

## Il punto su

- 56 Mangiare informati  
*Paolo Siani*

# Lunibron-A<sup>®</sup>

Flunisolide



# Broncovaleas

Salbutamolo

**VALEAS**

# Quaderni acp

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

## Associazione Culturale Pediatri

Maggio - Giugno 2000 volume VII, numero 3

### Direttore

Giancarlo Biasini

### Direttore responsabile

Franco Dessì

### Responsabile esecutivo

Rosario Ferracane

### Comitato editoriale

Maurizio Bonati

osservatorio internazionale

Antonella Brunelli

saper fare

Giancarlo Cerasoli

letture

Francesco Ciotti

scuola e società

Giuseppe Cirillo

bambini con bisogni speciali

Sergio Conti Nibali

informazioni per genitori  
e pazienti

Carlo Corchia

statistiche correnti

Nicola D'Andrea

libri

Luciano de Seta

il caso che insegna

Michele Gangemi

ricerca

Pierpaolo Mastroiacovo

ebm

Lucio Piermarini

leggere e fare

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 di KeiKo Narahashi tratta da "The Little Band" di James Sage, edito da McElderry Books. Le illustrazioni all'interno sono di Chiara Rapaccini tratte da "Giganti" di Sofia Gallo, edito da Nuove Edizioni Romane.

### 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>**

# Bioetica in terapia intensiva neonatale

Gherardo Rapisardi

Ospedale infantile "Mayer", Firenze

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 6-7

*Le attuali possibilità di terapia intensiva permettono la sopravvivenza dei neonati di età gestazionale molto bassa. Ciò comporta, però, un aumento delle problematiche etiche molto rilevante. Lo studio EURONICS ha fornito informazioni su questo argomento.*

Un recente editoriale di *The Lancet* dell'otto gennaio 2000 sulla bioetica nella terapia intensiva neonatale (T.I.N.) rileva la necessità di maggiori informazioni e raccomandazioni condivise sui limiti dell'invasività o della sospensione delle cure intensive nei casi a prognosi infausta o molto grave per gli esiti a distanza. Argomento particolarmente sentito dagli ostetrici e neonatologi di tutto il mondo e con ovvie ripercussioni a livello sociale, se si pensa alla significativa estensione dei limiti di sopravvivenza dei nati molto pretermine registrata negli ultimi 10-15 anni, associata all'aumento in numero assoluto (ma non sulla percentuale dei sopravvissuti) di neonati con handicap sensomotori gravi.

Attualmente nei centri di T.I.N. di III livello i dati di sopravvivenza per età gestazionale (e.g.) sono i seguenti:

- 25 settimane: sopravvivenza del 50-67%, con il 20-40% di handicap grave (neurologico, respiratorio, sensoriale);
- 24 settimane: sopravvivenza del 30-50%, con il 50-70% di handicap grave;
- 23 settimane: sopravvivenza del 20%, con il 70-85% di handicap grave.

Le attuali possibilità di terapia intensiva hanno anche aumentato la problematica relativa al rianimare o tenere in vita un neonato con anomalie congenite certamente mortali.

Sempre di più si deve scegliere tra ciò che è *possibile* e ciò che è *conveniente fare* per la salute del paziente. Si deve pensare fino a quando proseguire una cura intensiva che rischia di ridursi solo nella dolorosa dilazione della morte. Ci si deve chiedere fino a che punto certe pratiche terapeutiche rispondano a bisogni essenziali, o piuttosto ne creino. Si deve scegliere una "filosofia dell'assistenza" che metta in gioco i valori morali ed affettivi della famiglia, i bisogni del paziente, le competenze, gli interessi e le esigenze degli operatori. Difficile appare l'individuazione di approcci assistenziali comuni in relazione anche alla carenza di protocolli specifici di trattamento derivante, più in generale, dal mancato adeguamento etico, legislativo ed operativo al progresso scientifico.

Lo studio EURONIC, di cui è stata coordinatrice per l'Italia Marina Cuttini, epidemiologa del "Burlo Garofolo" di Trieste, è il primo che ha fornito informazioni sull'attuale situazione nelle T.I.N. di paesi europei (inizialmente 146 T.I.N. in undici paesi, con risultati poi considerati rappresentativi delle realtà nazionali di Francia, Germania, Gran Bretagna, Italia, Lussemburgo, Olanda, Spagna e Svezia), relativamente ai livelli tecnici raggiunti, le opinioni e gli atteggiamenti dei medici e degli infermieri, le legislazioni in vigore. È emersa un'estrema variabilità dei comportamenti dei medici e del coinvolgimento dei genitori in tali decisioni, così come dell'esistenza o meno di linee guida nazionali.

Riguardo alla limitazione dell'intervento, in tutti gli stati vi è un generale accordo nello scoraggiare un trattamento aggressivo quando risulta senza speranza o senza scopo, pur sottolineando la necessità di cure minime, "compassionevoli" (come ad es. nel caso di un'anencefalia). La posizione cambia se l'intervento può portare a risultati anche se lascia degli handicap (prematuro estremo, grave sofferenza neurologica perinatale, ecc.). Di fronte a casi analoghi in Gran Bretagna, Svezia e Olanda si decide di interrompere una terapia o si preferisce applicare soltanto cure di tipo palliativo, mentre in altri paesi, come in Italia, si prosegue anche l'assistenza intensiva. In tutti i paesi il porre attivamente fine alla vita è illegale, tuttavia in

Olanda vi sono casi in cui i medici hanno dichiarato di aver aiutato i bambini a morire con il consenso dei genitori senza essere condannati. In altri paesi, dove il sistema legislativo è più rigido e più simile a quello italiano, le decisioni di sospendere le cure intensive non hanno raggiunto le aule giudiziarie, ma vengono prese ugualmente, non raramente basandosi sul libero arbitrio del professionista.

Il coinvolgimento dei genitori è maggiore nel Nord Europa: solo la Gran Bretagna e la Svezia prevedono sempre l'accesso libero nei reparti di neonatologia, mentre l'Italia arriva ultima nella graduatoria insieme con la Spagna con una percentuale inferiore al 20% dei casi. Lo stesso per la possibilità dei genitori di dormire nei reparti: solo Lussemburgo, Svezia e Gran Bretagna lo prevedono nel 100% dei casi. Non cambia la situazione anche davanti alla domanda riguardante le informazioni sulle condizioni dei piccoli: in Germania o in Gran Bretagna vengono fornite 24 ore su 24; in Italia solo a orari prestabiliti. Lo studio sarà svolto tra breve nelle T.I.N. degli USA consentendo confronti assai interessanti.

Dal punto di vista pratico chi vive in una T.I.N. sa come queste decisioni, talvolta tragiche, vanno inevitabilmente prese, non essendo consentito di eluderle. Vi è ampio consenso sui seguenti principi chiave su cui basarsi:

1) *la proporzionalità delle cure*: l'invasività e l'intensità dell'intervento, il grado di sofferenza che provoca ed i possibili esiti a distanza, devono essere proporzionati ai benefici che ci possiamo attendere. Le situazioni tipiche in cui nei neonati si può porre il problema del continuare o meno le cure intensive sono:

a) i casi senza speranza (*no chance*), come la trisomia 13 o l'anencefalia, o la sindrome di Potter, tipici casi dove il trattamento intensivo è "futile" e da considerare un sicuro accanimento terapeutico;

b) i casi senza scopo (*no purpose*), in cui il paziente presenta danni neurologici a prognosi certamente grave e potrebbe essere tenuto in vita solo con la ventilazione meccanica e altre complesse terapie di sostegno delle funzioni vitali;

c) i casi intollerabili (*unbearable*), dove la necessità di trattamenti continui (ricoveri ed interventi chirurgici ripetuti) costituisce una prospettiva intollerabile indipendentemente dall'efficacia dei trattamenti proposti;

2) *l'interesse del paziente*: solo quello suo (non di altri, siano genitori, fratelli o società nel suo insieme) rappresenta il punto di riferimento per un giudizio sulla proporzionalità delle cure.

È sempre auspicabile che la decisione sia presa di comune accordo tra genitori e curanti anche se ciò non è semplice data la complessità dei rapporti. Prerequisito perché ciò si verifichi è un'informazione chiara ed onesta dei genitori. Questi, quando hanno la possibilità di esprimere le proprie opinioni, non sono in genere ambigui; desiderano essere informati in modo chiaro e tempestivo, di tutto ciò che riguarda il bambino ed apprezzano un atteggiamento sensibile, empatico e comprensivo. Nel caso in cui vadano fatte scelte difficili vogliono avere la possibilità di partecipare (*Harrison H. Pediatrics 1993;92:643*). Riguardo all'estrema prematurità credo si possa

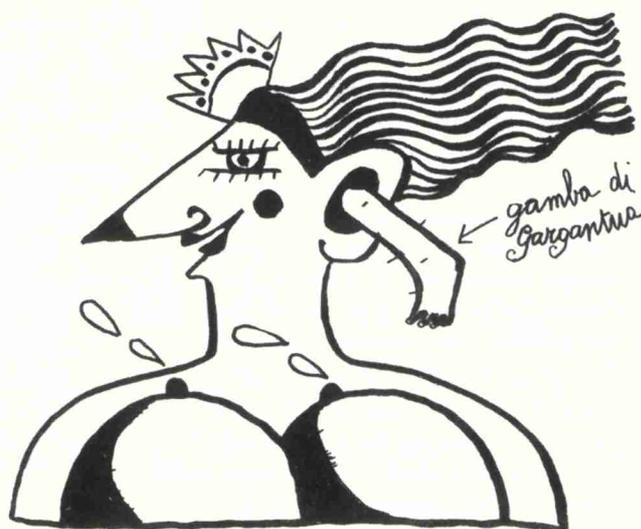
dire che da noi prevalga questo atteggiamento:

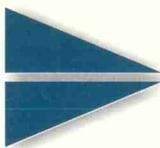
- trattamento intensivo nel caso di neonati di e.g. 25 settimane,
- personalizzazione dell'intervento nei casi di 23-24 settimane (in base alla vitalità del neonato),
- non intervento nei casi di e.g. <23 settimane e.g.

Alcuni anni fa una ricerca svolta a Roma (*Montanari et al. Neonatologica 1995;3:191*) aveva dimostrato come gran parte dei medici è contraria all'accanimento terapeutico e favorevole ad una legge per legittimare e regolamentare, in specifiche circostanze, l'attuazione di procedure eutanasiche (eutanasia passiva). Ciò, in contrasto con principi e regole del vigente codice di deontologia medica, mostrava anche come il personale manifestasse l'esigenza di uno spazio comune di riflessione, di sostegno psicologico e di formazione, generalmente non fornito dall'istituzione.

Di questi problemi si parla ormai da anni e certamente diverranno sempre più cruciali e sentiti. Anche nel mondo della neonatologia e della pediatria, così come viene fatto in quello della medicina dell'adulto, sono necessarie maggiori informazioni condivise, raccomandazioni almeno a livello nazionale (o ancor meglio a livello internazionale) e una legislazione adeguata alle nuove problematiche emergenti in campo di bioetica in età perinatale.

In questi ultimi anni abbiamo assistito alla nascita dei comitati di Bioetica in molti ospedali, oltre che a quello a livello nazionale; ciò rappresenta un sicuro passo in avanti. È, però, ancora scarsa l'abitudine a ricorrervi per le problematiche che ci troviamo ad affrontare nelle moderne T.I.N. ed è necessario che anche in Italia si discuta in modo sempre più esplicito su questi argomenti. ■





## FIRENZE

Dieci anni dopo  
la Dichiarazione  
degli Innocenti

Organizzato dal MAMI (Movimento Allattamento Materno Italiano) si è svolto a Firenze il 16 e 17 marzo 2000 un congresso internazionale su "Allattamento e politiche per l'infanzia". La scelta della sede non è stata casuale: "l'Istituto degli Innocenti" di Firenze è la sede in cui dieci anni or sono i rappresentanti dell'OMS e dell'UNICEF, per la prima volta, auspicarono l'avvio di politiche sanitarie rivolte alla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno. Sono state due giornate molto fitte e piene di contributi. Sono state presentate le esperienze dell'iniziativa "Ospedale amico del Bambino" da rappresentanti di Spagna, Gran Bretagna, Norvegia, Svezia, Afganistan. Per quanto riguarda l'Italia nessun ospedale ha avuto ancora la possibilità di avere il riconoscimento di "Ospedale amico del Bambino", proprio per il mancato avvio dell'iniziativa. Da più parti si è posto l'accento sulla latitanza del governo italiano nella promozione dell'allattamento al seno e sull'assoluta mancanza di iniziativa del Comitato Italiano per l'UNICEF. Più volte sono state sottolineate le continue violazioni al Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno. I relatori erano pediatri (pochi), ostetriche, consulenti per l'allattamento, epidemiologi, rappresentanti OMS e UNICEF, giornalisti e avvocati. Hanno parlato ad un pubblico molto numeroso; si respirava un'aria di consenso assoluto, ovviamente... A proposito: l'unico assente? Qualche rappresentante del Governo italiano! Ma i partecipanti al Congresso hanno redatto per loro un Memorandum che riportiamo per intero: lo leggeranno?

s. c.n.

## BOLOGNA

Utilità (?) dei bilanci  
di salute

Il 15 gennaio, a Bologna, l'ACP dell'Emilia Romagna e l'APEC (Associazione Pediatria di Comunità) hanno organizzato un incontro sui bilanci di salute. Buone le relazioni di inquadramento di Dante Baronciani e Roberto Buzzetti, buoni i dati portati da Paola Facchin, buona la proposta di rete di Michele Gangemi; non ci pare però che sia emersa chiaramente la risposta alla domanda: "sono efficaci i bilanci di salute e in quale ambito?". Il che vuol dire rispondere alla domanda "se i bilanci non ci fossero si perderebbero patologie o comunque problemi di salute?". In verità una risposta collaterale l'ha data Paola Facchin, come sempre precisa, quando ha portato dati sulle malattie croniche, del cui inizio si avvedono soprattutto i genitori e non i medici nel corso di un bilancio di salute. Anche la portavoce della Regione Emilia Romagna, Maria Lazzarato, non ha portato dati che aiutino a comprendere il problema. Una ricerca, pubblicata di recente (*Dearlove et al Arch Dis Child 1999;80:507*), sembrerebbe dimostrare che uno schema calendarizzato di controlli e uno schema libero, cioè lasciato alla iniziativa dei genitori, hanno la stessa efficacia. Questo si verifica in Gran Bretagna. Forse da noi non è così, ma bisognerebbe dimostrarlo. Forse sarebbe il caso di continuare il discorso in un successivo congresso.

g.c. b.



## TABIANO

È sempre Tabiano

Tabiano, 25 e 26 febbraio: la solita riunione senza tentazioni goderecce esterne, tutti nello steso albergo Astro, puntuali in sala, alle ore definite a sentire parlare di "Troppo" (ricoveri e visite di PS, antibiotici, lattini speciali, cistografie in corso di IVU, anti-leucotrieni, fermenti) e di "Troppo poco" (visite domiciliari, SIDS, calcio, allattamento al seno, pediatria di gruppo). Argomenti aggiuntivi "Per domani": i crediti formativi, il percorso nascita, la telematica, il DMI, i pediatri sentinella. C'è sempre qualcuno che capita per la prima volta - come Pino La Gamba - e si stupisce della semplicità e della cordialità dell'ambiente.

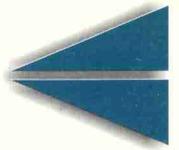
l. p.

## AOSTA

Il libretto di salute  
della Valle

Nel marzo scorso è stato presentato ad Aosta, in una riunione molto affollata, il Libretto di Salute della Regione Autonoma. Preparato da un numeroso gruppo di pediatri, di libera scelta, consultoriali ed ospedalieri e di ginecologi, territoriali ed ospedalieri, il libretto raccoglie in forma semplice dati utili sia dal lato clinico che dal lato della programmazione dei servizi. Ne hanno parlato Leo Venturelli e Giancarlo Biasini. Le singole parti del libretto e le ragioni della loro formulazione sono state presentate dal numeroso gruppo che ha elaborato e revisionato il progetto; in particolare per la parte pediatrica da Liliana Pomi e Laura Salamone.

a. b.



## RICCIONE MONSELICE

### Bambini ai Pronto Soccorsi

Da segnalare un convegno della SIP emiliano-romagnola centrato sui problemi regionali della riorganizzazione dell'emergenza in Emilia Romagna: è interessante un dato portato da alcune pediatre di Reggio Emilia che lavorano associate. Esse hanno calcolato l'afflusso al Pronto Soccorso (PS) ospedaliero dei loro assistiti prima e dopo l'associazione. Mentre il tasso di accesso relativo alla popolazione generale 0-14 anni è aumentato dell'8,5%, quello delle pediatre associate è diminuito del 26%. A Monselice, la settimana successiva, un'indagine regionale sui tassi di accessi al Pronto Soccorso ha rilevato un dato che va sempre più confermandosi: i tassi di accesso correnti ai PS sono intorno ai 200-250/1.000 bambini residenti ed il "lavoro risparmiato" ai singoli pediatri di famiglia dall'accesso ai PS è di 1/2-1 visita al giorno: cioè nulla.

*g.c. b.*



## TRIESTE

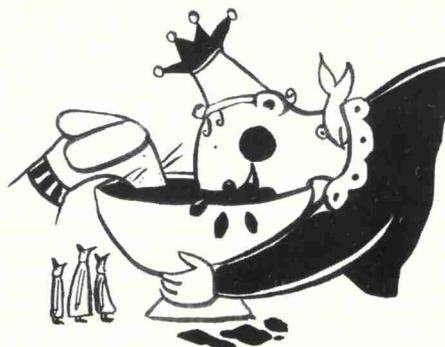
### Il corso del CSB per dirigenti materno-infantili

Si è concluso a Trieste, in maggio, il secondo corso per dirigenti di strutture materno-infantili delle Aziende Sanitarie organizzato dal Centro per la Salute del Bambino. Il primo corso si era tenuto a Matera da ottobre a gennaio.

Il percorso è partito, nel primo modulo, dalle modalità di identificazione dei bisogni di salute mediante indicatori di salute; nel secondo modulo sono stati approfonditi gli argomenti relativi alla salute materno-infantile; nel terzo modulo sono stati affrontati i problemi della pianificazione e della programmazione degli interventi ed i criteri di scelta delle priorità; inoltre si è costruita la parte materno-infantile del Piano Attuativo Locale; nel quarto modulo si sono studiati gli strumenti per la valutazione di quanto si è organizzato, e si è affrontato il problema della formazione del personale.

Alla fine dei quattro moduli, della durata complessiva di 120 ore, è stata fatta una doppia valutazione: i corsisti hanno valutato il corso e i docenti hanno effettuato una valutazione globale delle conoscenze acquisite da parte dei discenti.

*l. r.*



## Norme redazionali

Su *Quaderni acp* possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra. I lavori per la rubrica "RICERCA" saranno sottoposti al giudizio di un revisore. Il commento del revisore sarà risottoposto agli AA. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Per Windows si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Per Macintosh si dovranno convertire i file su dischetti IBM-compatibili, tramite Apple File Exchange, per poterli leggere in Word per Windows. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (400 battute) in italiano. Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetti la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del Direttore. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, l'area delle cure primarie e l'attività di base delle unità operative ospedaliere. I testi dovranno essere strutturati in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*; non dovranno superare le 6.800 battute (85 righe di 80 battute; in casi eccezionali da concordare con la direzione il numero di battute può superare le 6.800), con un massimo di due tabelle o figure. Queste dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Gli AA dovranno fornire anche un riassunto di 800 battute. Il riassunto deve essere strutturato in *obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni*. Devono essere indicate da due a sei parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto-virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette. La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.



Ricerca

# Valutazione di efficacia pratica di un programma di prevenzione dell'abitudine al fumo

Claudia Monti\*, Franca Gentilini\*, Angelo Gambi\*, Agnese Girotti\*\*

\*Istituto Oncologico Romagnolo, Faenza

\*\*Dipartimento Materno Infantile, Ufficio "Educazione alla salute" A.USL Cesena

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 10-11

**Obiettivi:** l'obiettivo della ricerca è stato quello di ottenere informazioni sulla prevalenza dell'abitudine al fumo nei ragazzi delle scuole medie di alcune AUSL della Romagna.

Valutare l'efficacia di un programma di educazione sanitaria (1-2-3) svolto nelle scuole per 3 anni rispetto ad un gruppo di controllo che non aveva seguito il programma.

**Metodi:** utilizzo di una guida didattica gestita dagli insegnanti e rivolta ai ragazzi di seconda media.

Come strumento di misura del comportamento bersaglio è stato usato un questionario auto somministrato (prima dell'intervento, a 12 mesi ed a 3 anni) per individuare i fumatori ed i non fumatori. Nei gruppi a tre anni di distanza dall'intervento è stata effettuata una valutazione statistica tra aderenti e non aderenti.

**Risultati:** hanno aderito al programma il 32% dei ragazzi frequentanti la seconda media. Nel gruppo che ha seguito il programma dopo 3 anni i fumatori rappresentavano il 19,1% mentre nel gruppo di controllo il valore era del 23,2% ( $p < 0,05$ ).

**Conclusioni:** il programma testato si è rivelato efficace anche se non poche sono state le difficoltà nel corso del suo svolgimento. Ulteriori verifiche per la conferma dell'impatto positivo sono ancora in corso.

**Parole chiave:** Prevenzione, Fumo, Scuola, Adolescenza

## Obiettivi

Per prevenire l'abitudine al fumo fra gli studenti della Scuola media Inferiore, l'Istituto Oncologico Romagnolo e i Servizi di Educazione alla salute delle Aziende USL della Romagna (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) hanno utilizzato, a partire dall'anno scolastico 1992/1993 un programma che deriva direttamente da quello progettato dall'Università di Waterloo e dal Ministero della Sanità canadese e che è stato valutato e giudicato efficace anche per l'Italia (1, 2, 3).

Gli obiettivi del programma erano:

- aiutare i ragazzi a comprendere il complesso dei fattori ambientali e personali che inducono le persone a fumare;
- sviluppare comportamenti adeguati per resistere alle influenze che inducono al fumo; in definitiva rimanendo non fumatori.

Ci si è posti inoltre obiettivi di valutazione ed in particolare:

- valutazione della situazione locale individuando dati affidabili circa la prevalenza dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti che frequentano la scuola dell'obbligo;
- valutazione dell'efficacia pratica dell'intervento di prevenzione attivato localmente;
- ottenimento di indicazioni per la pianificazione e il miglioramento in sede locale dell'intervento di prevenzione dell'abitudine al fumo.

## Metodi

È stata utilizzata una guida didattica contenente cinque unità gestite dagli insegnanti e rivolte ai ragazzi di seconda media. Per potere utilizzare la guida gli insegnanti hanno compiuto un iter di formazione insieme al gruppo di lavoro che soprintendeva al progetto, prima della realizzazione del programma e incontri di verifica finali. Come strumento di misura del comportamento bersaglio è stato utilizzato un questionario autosomministrato di cui è stata saggiata la coerenza interna e l'affidabilità come riproducibilità delle misure nel tempo. All'interno del questionario sono state inserite cinque domande che permettono di misurare l'abitudine al fumo tra gli adolescenti tenendo conto delle loro modalità di consumo (che sono diverse da quelle dell'adulto), semplificando al massimo la rilevazione, garantendone la validità e rendendo altresì possibile il confronto con studi di efficacia e con altre rilevazioni nazionali e internazionali. Queste domande permettono di ricostruire due categorie di abitudine: i fumatori e i non fumatori. L'abitudine al fumo è stata testata sulle classi che hanno aderito al progetto ed è stato istituito un gruppo di controllo costruito con classi parallele della stessa scuola o classi di scuole vicine che non hanno aderito al progetto. Per testare il risultato dell'intervento ad ogni classe aderente o non aderente è stato somministrato il questionario prima dell'inizio dell'intervento e a 12 mesi dall'intervento. Ai ragazzi che hanno aderito al programma nell'anno scolastico 1992-1993 il questionario è stato somministrato ancora a tre anni dall'intervento, in seconda superiore. In questo gruppo è stata effettuata una valutazione statistica fra aderenti al programma e non aderenti. In tutte le città in cui è stato svolto il programma, in occasione del 31 maggio "Giornata mondiale senza tabacco", si sono svolte manifestazioni con pubblicizzazione di tutto il materiale prodotto

dal lavoro dei ragazzi sul tabagismo: poster, disegni, slogan, magliette con messaggi contro il fumo, elaborati scritti. Con queste manifestazioni il gruppo di lavoro ha cercato di coinvolgere l'amministrazione comunale e altri enti pubblici interessati affinché i messaggi contro il fumo di tabacco si amplifichino e possano essere trasmessi anche agli adulti e tradursi così in un'attenzione più precisa per costruire ambienti puliti e liberi dal fumo.

### Risultati

Nei sette anni scolastici (1992/1999) in cui è stato realizzato il programma ha coinvolto complessivamente nelle quattro Aziende U.S.L. partecipanti (Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna) un totale di 11.747 alunni con una percentuale di diffusione che ha raggiunto il 32% della popolazione totale romagnola dei ragazzi frequentanti la seconda media. I dati sull'abitudine al fumo degli adolescenti in Romagna, ottenuti dall'elaborazione dei questionari sono riportati nella **tabella 1** dove sono espresse le percentuali di fumatori e non fumatori nel corso degli anni nelle varie classi scolastiche. Si tratta di dati stabili puramente descrittivi dell'abitudine al fumo. Nella **tabella 2** sono riportati i risultati del confronto, a tre anni dall'intervento, delle classi che hanno ricevuto il programma versus le classi di controllo. Complessivamente sono risultati fumatori il 19,1% dei ragazzi del gruppo intervento, ed il 23,2% del gruppo di controllo, mentre il dettaglio è espresso nella tabella. La differenza fra le classi dei due gruppi risulta statisticamente significativa ( $X^2 = 5,54$ ;  $p < 0,05$ ).

### Conclusioni

Questi risultati dimostrano che l'intervento sottoposto a valutazione sembra essere in grado di aumentare le capacità di scelta al momento di strutturare l'abitudine al fumo. Verifiche ulteriori sono in corso, per ricercare altre conferme della positività di questo programma. L'attuazione del programma ha incontrato alcune difficoltà che si ritiene utile sottolineare. È risultato faticoso il coordinamento delle varie realtà in cui si è operato, necessario per agire su un'area vasta, anche in relazione ai mutamenti direzionali delle Aziende Sanitarie. È stato difficile concordare con la scuola, bersagliata da tante proposte di informazione/educazione alla salute, il mantenimento anno dopo anno dello stesso programma facendolo diventare parte integrante della programmazione scolastica. È stato difficile valutare l'efficacia pratica del programma per la complessità di fattori che interagiscono sia sulla sua realizzazione concreta sia per la difficoltà dell'interazione con gli adolescenti su cui si vanno a calare gli strumenti di misura dei comportamenti. ■

### Bibliografia

- (1) Focarile F., Scaffino L., Nardi A. et al. Protocollo e fattibilità di uno studio controllato randomizzato sulla prevenzione dell'abitudine al fumo negli adolescenti *Epid. Prev.* 1989;38:41
- (2) Focarile F., Scaffino L. Risultati di uno studio controllato randomizzato sulla prevenzione dell'abitudine al fumo degli adolescenti *Epid. Prev.* 1994;18:157
- (3) Focarile F., Ferro S., Monti C. et al. Una proposta per il monitoraggio di programmi di prevenzione dell'abitudine al fumo con l'uso di indicatori *Epid. Prev.* 1997;21:137

Tabella 1. Abitudine al fumo nella popolazione scolastica generale

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Classe II media</b>								
N° totale e % di copertura	2.395	1.438	1.644	1.475	2.234	1.783	2.561	
	32,7	22,8	30,8	28	28	23,5	32,5	
% fumatori	4,2	4,6	3,6	3,2	3,1	3,3	4,0	
% maschi fum.	5,3	6,7	5,4	3,4	3,6	3,9	5,2	
% femmine fum.	2,9	2,3	1,8	2,8	2,0	2,5	2,6	
<b>Classe III media</b>								
N° totale e % di copertura			3.472	1.998	1.980	1.367	2.033	1.680
			47,4	31,7	37,1	25,9	25,5	22,1
% fumatori			12,0	10,3	9,2	11,8	10,7	8,4
% maschi fum.			15,2	11,1	10,2	12,2	10,9	9,3
% femmine fum.			9,5	8,4	8,4	11,5	10,4	7,5

Tabella 2. Valutazione di efficacia dell'intervento a tre anni: abitudine al fumo degli studenti di seconda superiore

	Intervento			Controlli		
	Faenza	Forlì	Cesena	Faenza	Forlì	Cesena
Fumatori	17,8%	19,6%	20,5%	31,1%	24,6%	20,0%
Ex fumatori	30,0%	30,1%	18,4%	26,8%	27,7%	25,1%
Non fumatori	52,2%	50,3%	61,1%	42,1%	47,7%	54,9%

## Scheda votazioni

### Associazione Culturale Pediatri

Rinnovo cariche sociali per gli anni 2000-2003

Vicenza, 14 ottobre 2000

Votazione per il Presidente  
in sostituzione di

**Giorgio Tamburlini**

Si può indicare solo una preferenza

(1) .....

Votazione per quattro consiglieri  
in sostituzione di quelli in scadenza

**Antonella Brunelli (P. ospedaliero)**  
**Paolo Siani (P. ospedaliero)**  
**Maria Francesca Siracusano (P. di famiglia)**  
**Corrado Rossetti (P. ospedaliero)**

Si possono indicare fino a tre preferenze

(1) .....

(2) .....

(3) .....

Restano in carica i consiglieri:

**Lucia Castelli**  
**Giuseppe Magazzù**  
**Gherardo Rapisardi**  
**Vincenzo Calia**

## NORME PER IL VOTO A DISTANZA

- 1) Per votare fotocopiare la scheda a lato.
- 2) Esprimere il proprio voto indicando al massimo tre preferenze.
- 3) Inviare la scheda in busta chiusa, contenuta in una seconda busta dove è indicato il mittente, a:  
**Franco Dessì,**  
via Montiferru n° 6 - 09070 Narbolia (OR).  
A norma dell'art. 11 dello Statuto non si terrà conto delle buste senza mittente né di quelle contenenti più schede. Non si accetteranno schede in sede di congresso.

## VOTO DIRETTO

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

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ACP NELLA RIUNIONE DEL 27 MAGGIO 2000 HA RECEPITO LE INDICAZIONI DEI GRUPPI LOCALI PER L'ELEZIONE DEL PRESIDENTE E DEL CONSIGLIO DIRETTIVO.

### CANDIDATURE PER LA PRESIDENZA

I candidati indicati dai gruppi locali sono:

**Nicola D'Andrea** (pediatra ospedaliero - Matera)

**Michele Gangemi** (pediatra di famiglia - Verona)

### CANDIDATURE PER IL DIRETTIVO

I candidati indicati dai gruppi locali sono:

**Lucio Basile** (pediatra di famiglia - Pescara)

**Roberto Buzzetti** (Ceveas - Modena)

**Sergio Conti Nibali** (pediatra di famiglia - Messina)

**Chiara Cuoghi** (pediatra di comunità - Ferrara)

**Fabrizio Fusco** (pediatra di famiglia - Vicenza)

**Paola Ghiotti** (Ass. Regione Piemonte - Torino)

**Stefania Manetti** (pediatra di famiglia - Napoli)

**Federico Marchetti** (pediatra ospedaliero - Matera)

**Anna Pasquini** (pediatra di famiglia - Prato)

**Corrado Rossetti** (pediatra ospedaliero - Perugia)

**Antonella Stazzoni** (pediatra di famiglia - Cesena)

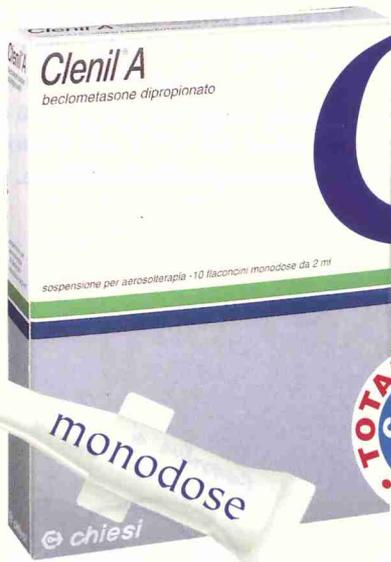
Nel prossimo numero di Quaderni acp verrà presentato un breve curriculum dei candidati alla Presidenza e al Consiglio Direttivo.

# INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione  
cronicizzazione  
complicanze



# Clenil<sup>®</sup> A

beclometasone dipropionato



...e **Fluibron A**  
ambroxol



**chiesi**

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

## Gli indicatori di salute nella Regione Europea

La rivista *Health Targets* riferisce di un'indagine in atto per l'individuazione di indicatori di salute da adottare nella Regione Europea. L'indagine nasce da un finanziamento, per l'appunto su scala europea, lanciato dalla M.S.D. che è una emanazione della Merck & Co. Inc.

Nel luglio 1997, infatti, la M.S.D. ha annunciato un programma di finanziamento per una politica di ricerca sugli Health Targets (HT), gli indicatori di salute appunto, in Europa; l'obiettivo è di accrescere le conoscenze sul ruolo degli HT e di contribuire a che le amministrazioni nazionali e locali adottino target misurabili nella programmazione sanitaria, specialmente nell'area delle cure primarie. La M.S.D., con questa iniziativa, ha inaugurato un programma di finanziamento di ricerche per incoraggiare il dibattito politico e l'analisi in questa area che effettivamente è alquanto carente. Gli HT rappresentano obiettivi specifici, quantificabili e abbastanza precisamente misurabili, scelti per migliorare la salute di ampi segmenti della popolazione. Essi sono selezionati sulla base dell'urgenza dei bisogni sanitari, dell'evidenza scientifica e, più complessivamente, della loro potenzialità di influenzare positivamente lo stato di salute. Gli studi sugli HT e sulle aree relative sono, al momento, relativamente limitati. Questo nuovo programma di finanziamento potrebbe offrire ai ricercatori l'opportunità di esplorare il concetto, la pratica, e le implicazioni degli HT in Europa. Un Comitato accademico presieduto dal Dr. Marshall Marinker (Visiting Professor of General Practice, United Medical and Dental Schools, Guy's and St. Thomas' Hospitals, Medical School London), ha valutato i progetti presentati negli ultimi mesi. Oltre al Professor Marinker, il Comitato comprende altri professori universitari ed esperti europei di varie discipline.

È evidente che il numero di HT può essere molto alto, ma il numero degli HT che possono essere scelti da un paese o da una regione è forzatamente limitato dalle risorse disponibili per la loro implementa-

zione e deve tener conto dei benefici dell'intervento proposto alla luce dei costi, ma anche dell'accettabilità, della fattibilità e della potenziale efficienza delle misure. È quindi possibile che debbano essere individuate anche delle tappe intermedie e che queste siano identificate come target intermedi e che siano queste ad essere finanziate all'interno del programma. Il Comitato ha ricevuto più di 80 richieste da dodici paesi europei. I progetti presentati comprendono alcune aree chiave come l'educazione sanitaria e la promozione della salute, la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'accesso ai servizi sanitari. Il Consiglio ha avuto particolare interesse per le ricerche che comprendono approcci interdisciplinari o che coinvolgono diverse agenzie. La maggior parte dei progetti selezionati ha potenziali implicazioni paneuropee e tutti comprendono un approccio rigoroso all'uso dei dati e altre informazioni, sia primarie che secondarie. I progetti sono stati selezionati anche sulla base della loro applicazione pratica. I risultati delle ricerche dovrebbero essere di interesse per un'ampia varietà di soggetti, dai politici ai programmatori delle politiche sanitarie e sociali.

Degli oltre 80 progetti presentati il Comitato accademico ha selezionato i seguenti:

- *Giuseppe Cirillo*, M.D., Pediatra dell'Associazione Culturale Pediatri della Campania (Napoli, Italia) che ha presentato una ricerca sulla individuazione di indicatori a livello di Distretto sanitario di base;

- *Yuliya Abrosimova*, M.D., Head of Environmental Health Department, Federal Institute for Health Education and Health Promotion (Moscow, Russian Federation);

- *Nick Bosanquet*, Ph.D., Director of Health Policy Unit, Imperial College School of Medicine, Department of Primary Health Care (London, England);

- *Reinhard Busse*, M.D., MPH, Head of Health System Analysis Unit, Medical School, Hanover University Department of Epidemiology and Social Medicine (Hanover, Germany);

- *Juan M. Cabasés*, Ph.D., Professor of Applied Economics, Public University of Navarra, Department of Economics (Pam-

plona, Spain);

- *Katrzyna Kissimova-Skarbek*, Ph.D., Assistant Professor, Institute of Public Health, Jagiellonian University (Krakow, Poland);

- *Paivi Leino-Arjas*, M.D., Ph.D., senior Research Officer, Finnish Institute of Occupational Health, Department of Epidemiology and Biostatistics (Helsinki, Finland);

- *Maria Narhinen*, MPH, Chief Municipal Veterinarian, University of Kuopio, Department of Community Health and General Practice (Kuopio, Finland);

- *Rosana Peirò*, Ph.D., Researcher, University of Alicante, Department of Public Health (Alicante, Spain);

- *John Schaechter*, Ph.D., Principal Research Fellow, University of Central England, Faculty of the Built Environment (Birmingham, England);

- *Pavel Veprek*, M.D., Chairman, association for Managed Care (Prague, Czech Republic);

I risultati degli studi finanziati dalla M.S.D. saranno tutti presentati ad una conferenza durante l'anno 2000.

La nostra rivista non mancherà di tenere al corrente i lettori sui risultati di questo concorso i cui dati ci sembrano di fondamentale importanza sia teorica che per la realizzazione dell'attuale Piano Sanitario Nazionale a livello territoriale. ■

red.



## Il National Institute for Clinical Excellence (N.I.C.E.) e il nostro programma nazionale delle linee guida

Il 1° Aprile 1999 è nato in Gran Bretagna il National Institute for Clinical Excellence (N.I.C.E.), un Istituto che dovrebbe consentire di ottimizzare l'utilizzazione delle risorse sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'esigenza di creare tale "strumento" è nata da una serie di considerazioni (*Lancet 1999;353:1079*):

- spesso vengono adottate nuove tecnologie senza adeguate evidenze di efficacia clinica e senza un'analisi costi/benefici;
- a volte si ritarda l'introduzione nella routine clinica di alcune tecnologie che, viceversa, hanno dimostrato di possedere requisiti di efficacia e convenienza economica;
- a volte manca l'esperienza e il tempo per valutare ogni possibile nuovo strumento;
- le linee guida sono spesso inadeguate, inaccessibili o di scarsa qualità.

Il N.I.C.E. avrà tre principali funzioni:

- stimare le tecnologie nuove e quelle già esistenti, come ad esempio prodotti farmaceutici, test diagnostici, procedure chirurgiche. All'inizio l'attenzione sarà rivolta a quelle nuove tecnologie che potrebbero avere un forte impatto sul SSN; la stima delle tecnologie esistenti sarà confinata a quelle per le quali vi sono state delle variazioni nel loro utilizzo apparentemente non spiegate o inaccettabili, o quelle per le quali esiste un forte sospetto di inefficacia o di troppo alto rapporto costo/beneficio;
- sviluppare linee guida nel tentativo di mettere ordine e dare una validità pratica a quelle già esistenti, ritenute a volte frutto di opinioni personali, a volte contraddittorie o basate sul solo concetto di efficacia senza la dovuta considerazione del rapporto costo/beneficio;
- promuovere audit clinici a vari livelli (medici, enti, autorità sanitarie, gruppi di operatori di primo livello, ecc.); in tal

modo il N.I.C.E. incorporerà ed amplierà le funzioni di un altro ente già esistente, il National Centre for Clinical Audit.

La sede dell'Istituto sarà a Londra anche se, come sottolinea Michael Rawlins (Chairman del N.I.C.E.), il centro opererà in varie sedi come un Istituto "virtuale", appoggiandosi, secondo le necessità, a varie professionalità esterne.

Il metodo di lavoro avrà delle peculiari specificità:

- il N.I.C.E. dovrà assicurare al SSN trasparenza nelle sue scelte; le evidenze sulle quali si baseranno le indicazioni dovranno essere disponibili e accessibili; bisognerà, inoltre, che il N.I.C.E. assicuri una periodica revisione delle stime e delle linee guida;
- sarà necessario un continuo dialogo con tutte le professionalità sanitarie, con i manager del SSN, con le industrie e le associazioni dei pazienti;
- un Direttore delle comunicazioni svilupperà strategie per assicurare che il SSN recepisca adeguatamente gli input che arriveranno dal N.I.C.E.. Dovrà essere assicurato un processo di comunicazione efficiente anche in senso opposto;
- bisognerà lavorare con l'intento non tanto di tagliare i costi, ma di dare un valore alle spese del SSN.

Non ci resta che attendere i primi output del NICE, previsti per il tardo autunno del 2000, con l'augurio che il centro risulti talmente competente e forte da resistere a eventuali (probabili!) pressioni esterne!

Intanto in Italia il Piano Sanitario 1998-2000 ed il Decreto Legislativo 229/99 stabiliscono gli obiettivi del Programma nazionale delle Linee Guida (PnlG) coordinato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dall'Istituto Superiore di Sanità. Il suo obiettivo è quello di mettere a disposizione dei professionisti e delle Aziende strumenti operativi per garantire un uso appropriato degli interventi sanitari. L'analogia è abbastanza evidente. Intanto un gruppo pediatri è al lavoro per la redazione delle linee guida per l'asma e la brocopolmonite facendo tesoro delle indicazioni sorte dall'inchiesta dell'ACP sulle U.O. di pediatria. ■

s. c.n.

Bassano, 30 Settembre 2000

### IL BAMBINO E LA SUA CITTÀ

*"L'intervento sulla mobilità cittadina come strategia per promuovere sicurezza, autonomia, socializzazione. Da un'indagine conoscitiva all'analisi di un modello operativo"*

- Introduzione al Congresso  
*L. Bertinato* (Public Health Projects - Veneto)

- Strategie di investimento per la promozione della salute  
*E. Ziglio* (O.M.S. - Copenaghen)

- Prevalenza degli incidenti stradali in età pediatrica nel Veneto e nei paesi del Nord Europa  
*P. Facchin* (Padova)

- Muoversi senza motore: adolescenti nel traffico cittadino  
*L. Todesco* (ACP J. da Ponte di Bassano)

- Muoversi senza motore: ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi  
*P. Bonin* (ACP J. da Ponte di Bassano)

- Infrastrutture varie urbane a favore della mobilità dei bambini  
*G. Maternini* (Dip. Ingeg. Civile Brescia)

- Ambiente e salute del bambino: le priorità  
*G. Tamburlini* (Trieste)

- Il ruolo del traffico nella patologia infantile nei paesi del Nord Europa  
*Carlos Dora* (O.M.S. - Roma)

- Il territorio esplorabile dal bambino nello sviluppo di: autostima, socializzazione, orientamento nello spazio, autonomia  
*G. Faenzi* (Ist. "Innocenti" Firenze)

- Il bambino seduto  
*L. Olimpì* (ACP - Marche)

- Pensa sicuro. Progetto educativo di promozione alla sicurezza nella scuola dell'obbligo e nella comunità  
*C. Beltramello* (USL - Veneto)

- Conclusioni  
*E. Ziglio*  
Iscrizioni: tel. 0444513000  
Informazioni: tel. 0424513948 - 0424511309

**Crediti: A mente della sperimentazione ACP ad ogni sessione del convegno vengono attribuiti 0.5 crediti (Quaderni acp 2000;2:31)**

## Le recensioni del mese

## Rubrica redazionale

PEPPINO TRAMALONI

LA CASA DEL PANE



**P**eppino Tramaloni, è nato a Mamoiada e vive a Sassari dove fa il pediatra. Lo conosco da circa vent'anni e da altrettanti è iscritto all'ACP. Non so se la sua infanzia sia stata felice, sicuramente non è stata usuale: pur restando intimamente immerso nella sua cultura profondamente rurale, dove il lavoro, quello duro, si imparava a otto anni, con orgoglio e tenacia non comuni ha voluto correggere la sua fortuna. "Quando ho incominciato a scrivere - mi ha detto al telefono - non avevo alcuna intenzione di fare un libro; è stata una necessità, il tentativo di trovare sollievo al dolore, l'esigenza di esprimere ad altri stati d'animo e vicende della mia infanzia che si sono fermati nella mia memoria con incredibile lucidità. La nostra storia non è poi un pezzo della storia di tutti?". «Quando torno a Mamoiada e getto uno sguardo sui muri ormai provati dal tempo, quel giorno lontano ricomincia. E così mi rivedo sistemare, penseroso, il pane nelle còrbule, mentre il forno arde davanti, e mamma e la sua amica parlando liete completano la loro lunga fatica. Ricordo ogni particolare, persino dove ognuno di noi sedeva: di fronte al fuoco zia Mariantonia, con la pala pronta a infornare e sfornare; dietro mamma, che raccoglieva subito il pane; e a un passo da lei ci sono io con tutta la mia ansia. Sento la risata rumorosa e incredula di zia Mariantonia; ma soprattutto ho davanti agli occhi lo sguardo attento e colmo d'amore di mia madre, quando finalmente riesco a parlare. E provo ancora il sollievo, la liberazione di quello sguardo. Sembra che il tempo si sia fermato». I ricordi d'infanzia si intrecciano con quelli della seconda guerra mondiale. «I blindati avanzavano, ma quando furono a pochi metri da noi e sembrava che subito ci avrebbero costretti alla fuga, dovettero fermarsi: spontaneamente decine di donne si erano stese per terra davanti ai cingoli, tenendo in grembo i bambini più piccoli. Tra di loro si misero anche tante persone anziane e poi, dietro e a fianco, tutti noi altri. Di fronte a quel popolo senza armi, ma determinato, e soprattutto davanti a quelle donne con i loro piccoli-grandi bambini, niente poterono neppure le autoblindo».

Franco Dessì

**Peppino Tramaloni** *La Casa del Pane* Soter editrice, Sassari, 1999, pp. 202 Lit. 16.000

Ugo Cornia  
Sulla felicità a oltranza



Sellerio editore Palermo

**N**on è un racconto o una raccolta di racconti, ma piuttosto una serie di divagazioni sulla vita (forse più sulla morte): la narrazione ruota attorno alla morte dei genitori e della zia del protagonista: la loro scomparsa incrina la fiducia nella compattezza e nella rotondità del mondo, ma diventa anche occasione di ricordo e di ricerca di nuovi equilibri. La morte non assume mai il carattere della definitività: i morti continuano ad affiancare e visitare i vivi. Ugo sottolinea in più occasioni la gioia di ritrovare, dentro di sé, un legame creduto perduto, ma che continua a dargli felicità (*Mi sono sempre chiesto se la felicità si potesse metter via, come i soldi, per tirarla fuori nei momenti di bisogno... È bello sapere che il mondo non c'è sempre e che neanche debba sempre esserci, perché niente deve niente a nessuno, e che le cose possono esserci ogni tanto, quando capita*). La felicità è desiderio di affermare la vita nonostante la sua tragicità: felicità a oltranza, appunto, a dispetto di quelli che vogliono imbrigliare la morte entro la ferrea ritualità del lutto.

Ugo accetta di farsi modificare dal mondo e offre la disponibilità a farsene sorprendere. Le cose capitano inaspettate, per questo motivo lui si propone di assecondarne il corso senza ambire a mutarle e accettando che seguano "il loro moto naturale proprio di cose che devono andare per la loro strada, anche a stamparsi sui platani". Il libro si chiude con un'immagine, che evoca la grazia di una donna che "sa toccare le cose in punta di

dita": ci trasmette un differente sentire, il pudore silenzioso di fronte alla bellezza che è, però, anche e soprattutto la bellezza concreta dei corpi e delle cose.

Nicola D'Andrea

**Ugo Cornia** *Sulla felicità a oltranza* Sellerio, pp. 141, Lit. 15.000

**C**ecilie è ammalata di leucemia ed è prossima alla morte. La sua famiglia le è molto vicina e le attenzioni di tutti vanno ben oltre l'accudimento. La nonna in special modo sa raccontare e legare il mondo reale con il mondo della fantasia e questo consente a Cecilie di riuscire ad entrare in un mondo speciale. Fluttuando tra il sonno e la veglia Cecilie incontra Ariel, un angelo calvo, con il quale entra in contatto con i misteri della vita. Stringono un patto: lei spiegherà all'angelo, che notoriamente non possiede organi di senso, i misteri terreni, e lui spiegherà alla bambina i misteri celesti. Cecilie scopre così che gli eventi terreni e gli eventi celesti sono gli uni la rappresentazione riflessa degli altri. Le esperienze sensibili, o misteri terreni che siano, si intrecciano e sono tutt'uno con i misteri celesti: "riflesso in uno specchio celeste, ciò che c'è di più terreno diviene etereo". Forse per questo nel romanzo il dolore e l'angoscia sono lì, appena fuori della porta, e salta invece in primo piano la rappresentazione del mondo interiore di Cecilie, che riesce a trovare un percorso di comprensione del confine o del fluire della vita, una consapevolezza del cambiamento e del divenire, seppure in una rappresentazione infantile. La malattia diventata strumento di riflessione e ricerca interiore, di consapevolezza e cambiamento è come se fosse sconfitta e parte qualificante della vita.

Elisabetta Ronzoni

**Jostein Gaarder** *In uno specchio, in un enigma* Longanesi, 1999, pp. 161, Lit. 20.000

**A**nche Paola - come Cecile della recensione di sopra - è ammalata di leucemia e anche in lei è avvenuto un processo di consapevolezza e cambiamento. Ma Paola fa un passo avanti, e vuole portare a conoscenza delle sue scoperte i suoi genitori e gli operatori sanitari che si occupano di lei. Qui il linguaggio è quello immediato della vignetta, ironico ed estremamente efficace per la comprensione del messaggio. Anche qui una bambina è protagonista, una bambina che vuole sapere con parole adatte alle sue capacità tutto ciò che riguarda il suo stato di salute, tutto ciò che le capiterà di affrontare per poter guarire. Nel frattempo vuole poter continuare il più possibile la sua vita, le normali relazioni con la mamma, il papà, gli amici; vuole continuare a giocare. Come Cecilie, anche Paola ci rappresenta un suo mondo interiore fatto di idee, opinioni, sensazioni, sentimenti, che devono contare, che devono essere accolti dai genitori e dagli operatori. L'insegnamento per questi ultimi è quello di scoprire nella malattia una risorsa vera e propria per creare relazioni e legami e non finire inevitabilmente per buiarsi.

Elisabetta Ronzoni

**Giuseppe Masera, Francesco Tonucci** *Cari genitori...* Hoepli, 1998, pp. 63, Lit. 5.000

**F**ine anni trenta, Berlino. Peter, dopo la morte della madre, si trasferisce a Berlino dall'Ungheria col padre "nato con la camicia". Peter a scuola impara naturalmente a prendere in giro gli ebrei. Non può farne a meno: la maestra li disegnava alla lavagna con la testa tonda ed il naso a cavatappi; e gli insegna una poesia sul mai fidarsi degli ebrei. Se ne avesse incontrato uno per strada avrebbe mostrato volentieri la lingua a quegli ometti che cercavano di impadronirsi del mondo. La curiosità è grande fino a fargli chiedere "Papà, io l'ho mai visto un ebreo?", "Be', non lo so, forse". Meglio tacere perché Peter era ebreo, ma non lo sapeva. E quando le cose cominciarono a mettersi male il padre lo rispedì dal nonno in Ungheria, dove, tutti i sabati, attendeva il postino che gli recapitava la lettera del padre, talmente incomprensibile che doveva farsela leggere dal nonno; fino a quando... È pensato per i bambini dai 10 anni in su, ma non ci sono limiti; tutto d'un fiato.

Sergio Conti Nibali

**Irene Dische** *Le lettere del sabato* Feltrinelli Kids, pp. 93, Lit. 12.000





# Memorandum per l'autorità governativa

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 18-19

MAMI - Movimento Allattamento Materno Italiano

*Questo memorandum è stato inviato al Governo Italiano da parte del Movimento Allattamento Materno Italiano (MAMI) e dei partecipanti al congresso internazionale "Allattamento e Politiche per l'Infanzia dieci Anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti", organizzato dal MAMI e tenutosi a Firenze, presso l'Istituto degli Innocenti, il 16 e 17 marzo 2000.*

Allo Stato italiano è stato rivolto il primo invito a prendersi carico della diffusione della pratica dell'allattamento al seno nel lontano dicembre del 1992, da parte dei massimi dirigenti dell'OMS e dell'UNICEF. In seguito l'Italia ha ratificato la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia provvedendo anche, con la legge n. 285/97, allo stanziamento di fondi per permettere l'effettiva realizzazione dei vari obiettivi. La nota intitolata "Convenzioni e leggi sull'allattamento al seno" mette in evidenza altri strumenti internazionali sottoscritti dall'Italia, che includono la promozione dell'allattamento fra gli obiettivi da perseguire. Tuttavia, nonostante gli impegni presi, lo Stato italiano non ha dato nessun segno di essersi mosso su questo fronte. I segni eclatanti di una tale completa e clamorosa omissione sono rilevabili dal fatto che l'allattamento al seno non è nemmeno menzionato nella suddetta legge n. 285, né incluso nel Piano Sanitario Nazionale. Non esiste in Italia finora nessun "Ospedale Amico dei Bambini", così denominato per il fatto di offrire un'assistenza ottimale alle puerpere in materia di allattamento, né esiste un comitato multisettoriale nazionale (si veda la Dichiarazione degli Innocenti e "l'European Action Plan"), che deve essere creato per procedere ad una seria promozione globale dell'allattamento materno nel Paese. Così stando le cose si verifica una situazione paradossale: anche se, in ipotesi, qualche ospedale italiano si ritenesse già pronto ad essere valutato, per accertare se la sua prassi nel reparto di maternità effettivamente corrisponda ai criteri della campagna "Ospedale Amico dei Bambini", non potrebbe ricevere il riconoscimento, in quanto non esistono ancora né il comitato coordinatore appena citato, né l'organismo incaricato di conferire il riconoscimento di "Ospedale Amico dei Bambini". Oltre alle pressioni esterne dirette allo Stato italiano per la promozione dell'allattamento al seno, la "Dichiarazione di Consenso", emanata durante il convegno di Trieste il

14 novembre 1998, rappresenta il primo passo proveniente dall'interno del Paese, per richiamare l'attenzione dei governanti sulla improrogabilità della diffusione programmata e sistematica dell'allattamento al seno, sia a livello regionale che nazionale.

*I partecipanti al convegno MAMI, "Allattamento e Politiche per l'Infanzia, dieci anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti", chiedono pertanto che diventi immediatamente una priorità per lo Stato italiano la promozione fattiva dell'allattamento al seno, visti gli innegabili e da tutti riconosciuti vantaggi per la salute delle donne e dei bambini, per le famiglie, per il sistema sanitario, e per la società nel suo complesso, compresi i vantaggi economici.*

In particolare si chiede la creazione di un "Comitato nazionale multisettoriale per l'allattamento al seno", al fine di realizzare la campagna "Ospedale Amico dei Bambini", come specificato nella Dichiarazione degli Innocenti ed elaborato "nell'European Action Plan": "Idealmente dovrebbe essere costituito da rappresentanti dei dipartimenti governativi interessati, delle associazioni professionali degli operatori sanitari e delle Organizzazioni non-governative pertinenti, come ad esempio i gruppi di sostegno alla madre che allatta al seno e, preferibilmente, da un rappresentante del comitato nazionale dell'UNICEF. È inutile dire che l'industria dell'alimentazione infantile non deve fare parte del Comitato". Il Comitato dovrà essere promosso dai Ministeri della Sanità e della Solidarietà Sociale, sentiti i Ministeri delle Pari Opportunità, dell'Ambiente, della Pubblica Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica, e con il parere della Commissione Parlamentare per l'Infanzia. Le funzioni del Comitato dovranno essere sostenute al più alto livello governativo perché la promozione dell'allattamento al seno è stata trascurata troppo a



lungo in Italia e siamo molto indietro rispetto agli altri Paesi europei (basti considerare che in Inghilterra raccolgono i dati sull'allattamento dal 1975, per avere un termine di paragone).

Il Comitato Italiano Promotore dell'Allattamento Materno dovrà avere una durata di tre anni (rinnovabili) e un budget sufficiente a perseguire:

a) la revisione dell'attuale sistema dell'ISTAT per la raccolta dei dati statistici riguardanti la pratica dell'allattamento esclusivo al seno secondo i parametri dettati dall'OMS;

b) la programmazione degli obiettivi specifici da realizzare in Italia, a breve e a lungo termine ed il loro inserimento nei piani d'azione nazionali e regionali;

c) la programmazione della formazione e dell'aggiornamento in fatto di allattamento al seno per tutti gli operatori che sono al servizio della maternità e dell'infanzia. Nel programmare questa formazione, il Comitato dovrà promuovere e verificare l'uso di strumenti, corsi ed istituzioni riconosciuti come validi ed efficaci a livello nazionale ed internazionale;

d) la revisione dei curriculum e del materiale didattico usato nelle scuole per operatori sanitari e sociali e riguardanti l'allattamento al seno, per valutarne la conformità a dati ed informazioni corretti ed aggiornati in materia di allattamento, sia nei suoi aspetti pratici che teorici;

e) la crescita di una cultura dell'allattamento al seno, opposta alla cultura del biberon, attraverso corrette informazioni dirette ed indirette sui media ed all'interno dei programmi delle scuole di ogni ordine e grado;

f) l'impegno a far rispettare il Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.

Nel perseguire questi obiettivi, il Comitato dovrà assicurare che tutte le azioni sopra citate siano rivolte in maniera privilegiata e prioritaria alle famiglie disagiate, attuando interventi anche per le famiglie immigrate. Il fine ultimo che informerà il lavoro del comitato sarà il conseguimento di una piena attuazione dei provvedimenti e principi contenuti nella Dichiarazione degli Innocenti, con particolare enfasi sulla realizzazione sollecita della campagna OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini", seguendo il piano d'azione succitato del 1993.

Il lavoro procederà in collaborazione con gli uffici europei dell'UNICEF e dell'OMS di Ginevra. ■

Perugia, 29 settembre - 1 ottobre 2000

## XVI GIORNATE PERUGINE DI AGGIORNAMENTO IN PEDIATRIA DI BASE

### 29 Settembre

- ore 10.00** *Medicina e società* (incontro aperto ai medici e non medici)
- 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 mammona: 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)
  - Novità in pediatria 1 *F. Panizon* (Trieste)
  - Glossario di Evidence Based Medicine *S. Fedele* (Palermo)
  - Epidemiologia del suicidio *G. Bartolozzi* (Firenze), *A. Ballerini* (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)
  - Gruppi

### 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: una sfida per il PDB *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*

*Segreteria scientifica:* Prof. F. Panizon, Prof. A. Ventura, (Clinica Pediatrica IRCCS di Trieste)  
Dott. F. Passalacqua, (Perugia - tel. 0755723650) Dott. Lucio Pirmarini (Terni - tel. 0744403172)  
*Segreteria organizzativa:* Quickline Congressi, via Santa Caterina da Siena 3, 34122 Trieste. Tel. 040773737 - 040363586 fax 040760590, e-mail: quick@trieste.com

**Crediti:** A mente della sperimentazione ACP al convegno vengono attribuiti 0.5 crediti per sessione ed ai gruppi di lavoro (di non più di 20 partecipanti) 3 crediti per seduta (*Quaderni acp 2000;2:31*)

# Clenil<sup>®</sup>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. Benché CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquando 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, cortisone dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di 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 cetostearyllico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezione 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 spasmodico 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 immutato. **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.

 **chiesi** GROUP

# Lo strano linguaggio di un bambino nel film

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 21

*Girato nel 1998, presentato in una dozzina di festival italiani e stranieri ottenendo premi e segnalazioni, "Prima la musica, poi le parole" è rimasto per due anni fuori dalle sale italiane e, quando ha raggiunto il grande schermo (aprile del 2000), è passato come una meteora. Può darsi che, tra un po', sia reperibile in videocassetta, o che venga trasmesso su qualche rete televisiva; in tal caso, se siete interessati ai bambini e ai loro problemi, non perdetevi.*

Ricordate "Kolya" del regista cecoslovacco Jan Svěrák, che nel 1997 vinse l'Oscar per il miglior film straniero? Bene: quel piccolo attore (Andrej Chalimon) è ritornato sugli schermi con la stessa intensità di allora per interpretare un altro personaggio dolce e affascinante, un bambino ancora una volta solo, disorientato in una società che non lo capisce e con la quale non riesce a comunicare. A dirigerlo, questa volta, è un regista italiano di 47 anni - il padovano Fulvio Wetzl - che ha al suo attivo solo due altre poco conosciute pellicole: "Rorret e Quattro figli unici". La vicenda narra di Giovanni, un bambino di sette anni che vive isolato dal mondo all'interno di una villa della campagna toscana, diventato per Lanfranco, più ossessionato ricercatore che padre, un oggetto di studio, una tenera e indifesa cavia per dimostrare che il linguaggio è solo una convenzione sociale. Quando un infarto fulmina il genitore, Giovanni è costretto per sopravvivere ad avventurarsi nel mondo, ma parla un italiano incomprensibile: le parole sono esatte, colte, persino poetiche, ma non corrispondono a quelle in uso. Egli dice "Tocco cometa", "Accarezzo tremare l'anima", "Intorno la volpe ammiccherà", ma vuole soltanto dire che ha sonno, fame, sete. I medici brancolano nel buio e vorrebbero cercare la soluzione nella scienza e nella medicina, qualcuno è convinto che bisogna intervenire chirurgicamente per capire meglio, ma una psicologa - Marina (una convincente Anna Bonaiuto) - intuisce che la prima strada da seguire per entrare nell'animo di Giovanni è quella dell'affetto e dell'emozione e rischia il posto di lavoro, la reputazione, la tranquillità. Con la complicità di un'amica infermiera e del fidanzato musicista, evade dall'ospedale, sfugge ai carabinieri, trova il modo di comunicare con il bambino, ricostruisce la sua storia e quella dei suoi genitori, vince la sua scommessa. Morandini (in Dizionario dei film, Zanichelli) scrive che "da uno spunto fin troppo romanzesco Wetzl ha cavato un'originale, bizzarra e intrigante detective story sul rapporto tra parole e cose che fa capo, da una parte, alla musica (un minuetto di Bach, il Quartetto per archi n. 2, Lettere intime di L. Janáček) e, dall'altra, allo strutturalismo e alla linguistica di Ferdinand de Saussure". Personalmente sono del parere che il film sia un road-movie all'interno dell'animo di un bambino, un po' come lo era stato *Il ragazzo selvaggio* (1969) di Truffaut, accostamento

spontaneo per chi conosce un po' di storia del cinema. Il tema del viaggio, d'altra parte, è qui ripetuto a più riprese e in diverse forme: viaggia Lanfranco nella sua paranoica ed egoistica ricerca socio-linguistica; evade la madre naturale di Giovanni, la quale, dopo avere scoperto di essere stata strumentalizzata dal marito, vuole solo dimenticare e rifarsi una nuova vita; pur senza alcuna meta, viaggia materialmente e psicologicamente il piccolo Giovanni, come un cucciolo in preda al panico; viaggiano al buio i medici per comprendere la strana "malattia" di un bimbo apparentemente sano; viaggiano le forze di polizia per fare osservare la legge; inseguita e inseguitrice, viaggia scappando da un luogo all'altro la psicologa Marina alla ricerca di una via d'uscita, di una spiegazione; a vicenda conclusa, infine, ancora Marina e Giovanni viaggeranno emigrando in Francia. Ad accomunare tutti questi viaggi c'è, poi, quello metaforico all'interno dell'animo di un bambino. E qui sarà la psicologa ad intuire per prima che spesso si sbaglia direzione: si vuole che Giovanni parli come gli altri, che sia egli ad accostarsi al linguaggio comune, quando sarebbe più logico invertire la rotta e sforzarsi ad entrare nel suo mondo. Ed è a questo punto che l'indagine per scoprire il codice linguistico di un bambino catapultato in mezzo alla società non coinvolge solo Marina, ma anche gli spettatori i quali, in parte invitati anche dal titolo, attendono da un momento all'altro il miracolo della musicoterapia.

La musica avrà il suo peso, ma non come si immagina; sarà, piuttosto, la chiave per penetrare all'interno del linguaggio. Prima e più del linguaggio, però, hanno la loro importanza l'affetto, gli sguardi, le carezze. Certo, se si sposta il discorso sull'aspetto tecnico, qualcosa da rivedere c'è in questo film (la colonna sonora non sempre azzeccata, i veloci passaggi di macchina da un primo piano all'altro troppo ripetuti, la recitazione di qualche attore secondario non convincente), ma come pretesto per un dibattito con genitori, educatori e pediatri "Prima la musica, poi le parole" merita molta più attenzione di quanta non gliene abbiano data gli esercenti che hanno gli occhi prevalentemente rivolti al botteghino, la critica che ha sempre poco spazio da dedicare ai film che non portano il marchio delle grandi produzioni, e il pubblico che è convinto di avere speso male i soldi del biglietto quando non vede sbalorditivi effetti speciali. ■

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

## Migrazioni sanitarie e costi: i dati del Ministero della Sanità per gli anni '97/'98

Sono 1.600.000 coloro che nel 1997 sono stati curati negli ospedali di altre regioni. I dati, peraltro incompleti per alcune regioni, rilevano un aumento di oltre il 250% rispetto all'anno precedente che aveva registrato 620.000 ricoveri. Sono stati ricoverati 1.270.000 soggetti per patologia acuta (14,5% degli acuti), 303.000 in day hospital (18,2% dei D.H.), 18.000 in lungodegenza, 34.400 in riabilitazione. Per quanto riguarda i ricoveri per gli acuti, che rappresentano la fetta maggiore di tutti i ricoveri, il primato spetta alla Lombardia (395.616), seguita dal Veneto (215.000). Le due regioni totalizzano circa il 50% dei ricoveri per patologia acuta. Di contro, la

Piemonte	39.547
Valle d'Aosta	13.574
Trentino A. A.	5.630
Marche	34.736
Lazio	5.615
Abruzzo	45.506
Molise	22.863
Campania	405.413
Puglia	145.206
Basilicata	109.896
Calabria	269.266
Sicilia	400.828
Sardegna	69.572

regione che primeggia nell'esportazione è nettamente la Basilicata con il 38,1% dei residenti ricoverati fuori regione, seguono il Molise (18,4% dei residenti ricoverati), la Sicilia (16,4%), la Campania (10,4%). Consola il relativo aumento della spesa rispetto al 1996, 4.218 miliardi contro 3.776, legato molto probabilmente all'erogazione di prestazioni a bassa tecnologia (Sole 24 Ore 1/11/99).

La **tabella** mostra il saldo passivo delle regioni per le migrazioni per il 1998 (dati in milioni di lire).

g. m.

## ISTAT: mozione parlamentare

Una mozione non discussa giace da molto tempo in Senato. È stata presentata da 9 senatori di vari gruppi (Viserta, Costantini, Duva, Saracco, Nieddu, Galdi, Parola, Veltri, Carcarino) e parte dalla premessa della necessità di possedere dati certi su alcuni fenomeni di patologia sociale come l'abuso, la violenza sui minori, la delinquenza minorile ed altri problemi attinenti l'età evolutiva, non ultimi quelli della mortalità nel primo anno di vita per i quali, specie nelle regioni meridionali, il nostro paese non è ai primi posti.

La mancanza, continua la mozione, di una precisa e omogenea rete assistenziale (che noi dell'ACP abbiamo più volte denunciato) a favore dell'età evolutiva non permette il rilievo omogeneo, sul piano locale, di dati utili a programmare interventi adeguati. Aggiungiamo che neppure il Progetto obiettivo Materno Infantile fa nulla in questo ambito.

Esiste quindi la necessità di "perfezionare ed arricchire il corredo informativo fondamentale nel settore, anche per non rendere inefficaci le deleghe assistenziali trasmesse alle regioni proprio con lo scopo di acquisire una maggiore aderenza degli interventi". La mozione impegna a costituire un supporto informatico adeguato sui processi che interessano l'età evolutiva allo scopo di farne una documentazione di base per l'attività parlamentare, la programmazione socio-sanitaria e per un esercizio moderno della rete assistenziale periferica. Chiede inoltre al Governo l'impegno di prendere iniziative perché l'ISTAT adegui i suoi centri di rilevazione per fornire informazioni approfondite sull'età evolutiva. Troviamo veramente strano che ad una mozione di questo significato non sia stato dato, da parte del ministro, alcun esito. Neppure un cenno di ricevuta. Strano? Forse non tanto se si pensa che l'on. Bindi non ha mai dato sovrappeso all'assistenza all'età evolutiva (si pensi ai ritardi imposti, non si sa perché, al Progetto obiettivo Materno Infantile). Speriamo quindi nel suo successore.

g.c. b.

## Neurochirurgia d'altri tempi

Un gruppo interdisciplinare di archeologi, antropologi e patologi delle Università di Roma e Chieti, ha documentato in modo eccellente, e diremmo quasi esaltante, il più antico caso, oggettivamente provato, di intervento chirurgico intracranico. Il paziente era un bambino di Fidene, località a pochi chilometri da Roma, vissuto verso la fine del primo secolo dopo Cristo il cui scheletro è stato ritrovato nel 1995. L'esame dei denti e delle ossa ha permesso di attribuirgli un'età di circa 5-6 anni e delle ottime condizioni di salute, fatta eccezione per la patologia che ha giustificato la vistosa apertura presente sulla scatola cranica. Il foro, di circa 5 centimetri di diametro, non è stato praticato con la più comune trapanazione ma, come Galeno consigliava per le ossa sottili, con un cesello che ha lasciato tracce bene interpretabili del suo passaggio. Così come evidenti sono i segni di una osteite, probabilmente legata all'uso di aleatori sistemi di disinfezione che sempre Galeno e anche Eliodoro prescrivevano: aceto, miele, erbe varie e sangue caldo di piccione. Una parziale reazione iperostotica sui margini del foro indicherebbe che il bambino sopravvisse all'intervento solo per alcune settimane. La presenza di una deformazione del solco del seno trasverso destro, posteriormente, e della deviazione a sinistra della cresta frontale, anteriormente, fanno pensare ad un processo espansivo a lenta evoluzione attribuibile indifferentemente a infezione, neoplasia o trauma. Ci piace pensare che il chirurgo fosse ben consapevole dell'eccezionalità di una guarigione e che sia intervenuto comunque per alleviare le sofferenze di un bambino, oltretutto, da quanto risulta dalla zona di sepoltura, tutt'altro che abbiente.

l. p.



## Disegni di bambini ai "Martinit"

Abbiamo visto a Milano all'ex collegio dei "Martinit" una mostra di disegni di bambini. L'Istituto dei "Martinit", dedicato agli orfani milanesi ed istituito nel 1528, è oggi dedito ad aiutare i minori in difficoltà ed organizza manifestazioni come "Il castello dei bambini" rivolte a creare spazi dedicati all'infanzia in cui si mescolano gioco e cultura. La mostra ospitava cinquanta opere di bambini di tutto il mondo; era intitolata "Lo zoo della fantasia" perché i soggetti dei disegni, realizzati con varie tecniche pittoriche, erano gli animali. Veramente interessante è stato notare il percorso grafico, eguale in tutto il mondo, dei disegni alle varie età dei bambini. L'abbattimento delle figure su un piano preferibilmente orizzontale nelle prime età della vita ("il bambino disegna ciò che sa e non ciò che vede"), la comparsa successiva della percezione prospettica, la verticalizzazione delle figure sui piani inclinati delle colline, l'amore per i fondi scuri che intimoriscono di meno il piccolo delle vaste aree bianche. Di tutto il mondo è anche la "scolarizzazione" dei disegni che altera profondamente le tendenze infantili irrigidendole in schemi esterni allo sviluppo del bambino.

*g.c. b.*

## Certificazioni relative alle vaccinazioni

I direttori delle scuole e i capi d'istituto di istruzione pubblica o privata sono tenuti, all'atto dell'ammissione alla scuola o agli esami, ad accertare se siano state praticate agli alunni le vaccinazioni e le rivaccinazioni obbligatorie, richiedendo la presentazione da parte dell'interessato della relativa certificazione. Nel caso di mancata presentazione della certificazione il direttore della scuola o il capo dell'istituto ne dà comunicazione entro 5 giorni all'AUSL e al Ministero della Sanità. La mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami (*G.U. n. 243, del 15 ottobre 1999*).

*p. s.*

## Glaxo-SmithKline-Beecham: 360.000 MLD

Queste sono le quote percentuali di mercato nel settore farmaceutico dopo la fusione fra Glaxo e SmithKline-Beecham (360.000 miliardi di lire) già fallita nel 1998. La fusione fra Glaxo e Wellcome era avvenuta nel 1995 e quella fra SmithKline e Beecham nel 1989.

Glaxo-Wellcome SKB	7,4
Pfizer Warner	6
Aventis	4,5
Astra Zeneca	4,4
Merck e Co	4,3
Novartis	4,3
Bristol Meyer Squibb	4
Jhonson Jhonson	3,1
Roche	3,1
Eli-Lilly	3

La fusione fra Rhone-Poulenc ed Hoechst ha portato alla costituzione di Aventis. Intanto sta avanzando l'acquisto della Warner-Lambert da parte della Pfizer che ha acquistato anche la American Home Products valutata 54 MLD di dollari (*Sole 24 Ore - Sanità 18-24/01/2000*).

*g.c. b.*

## Pianeta acqua, amica acqua... sorella acqua

Per i bambini del 2° ciclo della scuola elementare, la Sangemini, con il patrocinio del Ministero dell'Ambiente, ha realizzato un kit ludico didattico denominato "Pianeta Acqua" che mette a disposizione degli insegnanti, ma anche delle famiglie, il valore dell'acqua, il significato economico, chimico, ambientale e biologico, metodi semplici per analizzarla, ecc.

Vari personaggi immaginari, dallo scienziato all'aspirante biologo, al futuro astronauta, aiutano i bambini a conoscere, "capire" l'acqua e ad identificarsi con l'ambiente in cui è. Ogni classe potrà partecipare ad un concorso a premi (Amica acqua) nel quale, con disegni, scritti,

videocassette, ecc., si proporrà l'adozione di un luogo d'acqua del proprio territorio nelle vicinanze della scuola. Informazioni: Concorso "Amica acqua", via Mascheroni 27, 20145 - Milano, fax 0248541207.

*g.c. b.*

## Quando la stampa dà i numeri

Tutta la stampa quotidiana di martedì 7 marzo 2000 ha dato grande rilevanza ai dati sulle interruzioni di gravidanza. I dati più sottolineati sono stati la caduta delle IVG, la diminuzione degli aborti illegali (senza però fornire i dati sui quali questa diminuzione è stata calcolata) e l'aumento delle IVG nelle ragazze fra i 15 ed i 19 anni dal 4.3 al 6.6 per mille residenti dal 1990 al 1998. I dati ISTAT del 1995 riportano 10.698 IVG nell'età fra 15 e 19 anni pari a 6,8/1.000 residenti cioè superiore all'attuale 6,6/1.000.

*g.c. b.*

## Anche peggio quando la stampa "informa"

La grande stampa quotidiana continua a dare esempi di correttezza informativa, ci siamo divertiti a comunicarli ai nostri lettori. Aggiungiamo un altro paio di perle: sul *Corriere Salute* del 12/03/2000 il prof. Rondini, di Pavia, suggerisce di dormire a pancia in giù o di lato (!) per prevenire la SIDS. Sullo stesso numero si cita il "Journal of Pediatrics" commettendo due errori in un colpo: tale Journal non esiste e non esiste la parola Pediatrics. Complimenti!

*g.c. b.*



*La puzza nell'orecchio*

## USA

### Medici con 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, in pratica 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) 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% (*Sole 24 Ore - Sanità 14-18/01/2000*).

Si tratta di un capovolgimento della posizione tradizionale dell'AMA favorevole finora ad una concezione liberista della assistenza medica; il capovolgimento di posizione è dovuto anche alla necessità di proteggere cittadini e medici dalle prepotenze del privato investitore in sanità. Alcune potentissime Health Maintening Organization (HMO) sono addirittura quotate sul mercato e, naturalmente, preferiscono assicurare (tutto il mondo è paese in fatto di assicurazioni e le HMO si sono rapidamente adeguate!) problemi patologici di scarso-medio rilievo piuttosto che patologie di rilevante impegno finanziario



o comunque non redditizie. Pertanto, un'assicurazione veramente globale è estremamente costosa, talora garantita da più assicurazioni e quindi, per molti, impossibile. Solo lo Stato (l'Unione) può arrivare a questa copertura in quanto, nella concezione commerciale liberista, non è possibile dettare condizioni assicurative in nessun campo e quindi neppure nel campo dell'assistenza sanitaria privata.

*g.c. b.*

## UK

### Inequalities o variations?

Negli anni ottanta, al tempo del governo della Thatcher, le disegualianze di fronte alla salute (da sempre definite come *inequalities*) avevano cambiato nome: erano diventate *variations* (*Epi Prev 1999; 23:1.339*).

*g.c. b.*

## USA

### Pregate fratelli

Fra i ricoverati in unità coronarica dell'istituto di cardiologia del Kansas si sono verificate meno complicanze nel gruppo che riceveva preghiere per intercessione; lo studio è stato effettuato in doppio cieco (*Arch Intern Med 1999;159:2.273*).

*a. b.*

## USA

### Vaccino per il rotavirus e... per i ricchi

La decisione della Wyeth-Lederle di ritirare il vaccino per il rotavirus per il rischio di invaginazione intestinale (1 caso ogni 5.000 somministrazioni) pone seri problemi etici. Si dovrebbe tenere in considerazione che per l'infezione da rotavirus nei paesi in via di sviluppo muoiono tre bambini ogni quattro minuti; il vaccino è altamente efficace e riuscirebbe a prevenire quasi tutte queste morti; certamente causerebbe un lieve aumento di morti per invaginazione intestinale, ma ovviamente tale

rischio sarebbe notevolmente inferiore rispetto a quello di morire per diarrea. Il dr. Michael Marcy si domanda se non dovrebbe essere imperativo continuare a produrre un vaccino che può prevenire la seconda causa di morte tra i bambini dei paesi in via di sviluppo; si dovrebbe anche distribuirlo a prezzo di costo, incentivarne la produzione e fornire le risorse per produrlo in quegli stessi paesi (*Pediatr Infect Dis J. 1999;18 Newsletter*). La decisione di sospendere la produzione può dipendere dal fatto che interessa molto di più la salute degli "altri" bambini?

*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. L'età media era di 12 settimane, l'80% aveva meno di 6 mesi. Il 9% ha sviluppato una polmonite, il 2.3% convulsioni e lo 0,5% un'encefalopatia; 10 lattanti con un'età minore di 6 mesi sono morti (*Clin Infect Dis 1999;28:1238*).

*s. c.n.*

## UK

### Feci di piombo

Singolare segnalazione di un caso in cui la stipsi è stata un fattore determinante e non, come di consueto, un sintomo dell'intossicazione cronica da piombo. Un ragazzo di 14 anni, con stipsi da due anni, viene condotto dal medico per l'insorgenza di astenia, sonnolenza, irritabilità e modificazioni del carattere. Il riscontro di un addome globoso e "pieno" come unica obiettività ha portato all'esecuzione di una radiografia che sorprendentemente ha mostrato, insieme ad un'enorme massa fecale, la presenza di 35 sfere radiopache: i piombini che da sei mesi il ragazzo utilizzava durante le battute di pesca e che aveva l'abitudine di conservare nel cavo orale inghiottendo quelli non utilizzati. Il dosag-



gio plasmatico ha confermato una piombemia a livelli patologici, che si è normalizzata dopo due settimane dallo svuotamento dell'intestino. La ridotta velocità di transito intestinale, insieme alle piccole dimensioni delle sfere, è stata riconosciuta come concausa in quanto ha ritardato l'eliminazione dei corpi estranei ed ha aumentato il tempo di esposizione e di assorbimento del piombo (*Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1999;29:607).

a. b.

## IRAQ

### Un'altra faccia dell'embargo

Dal 1990 l'embargo degli Stati Uniti e dei Paesi Europei nei confronti dell'Iraq ha prodotto dei disastrosi effetti anche nel flusso delle informazioni scientifiche. I medici non ricevono più alcuna rivista scientifica europea o americana; gli studenti di medicina, da sempre formati su testi anglosassoni, non possono più studiare su libri aggiornati e attingono unicamente a testi dell'OMS. La fonte principale di approvvigionamento di materiale scientifico è rappresentata dalle donazioni da parte delle delegazioni mediche che visitano il paese. I libri donati vengono fotocopiati dal Ministero della Sanità o dalle librerie scientifiche e le illustrazioni, ovviamente, sono indecifrabili; queste risorse sono disponibili solo nelle librerie di Baghdad, mentre il resto dell'Iraq ne è privo. L'embargo, inoltre, rende molto difficoltosi i viaggi da e verso l'Iraq, nonostante le pressioni dell'OMS nei confronti dell'ONU per permettere un adeguato training del personale medico iracheno in strutture straniere, così come avveniva prima dell'inizio dell'embargo. In numerose occasioni è stato negato il visto per l'espatrio a medici iracheni invitati come relatori a congressi internazionali. L'attività di ricerca è stata interrotta quasi dappertutto per la mancanza di fondi; molti medici hanno dovuto abbandonare il lavoro per intraprendere attività più redditizie. Se a tutto questo si aggiunge l'impossibilità d'importare apparec-

chiature mediche, la precarietà degli impianti elettrici, la mancanza di computer adeguati e l'impossibilità di accesso ad Internet... fate voi! L'effetto finale di queste sanzioni è lo scadimento della qualità delle cure a dispetto della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, alla quale noi occidentali tante volte facciamo riferimento (*Lancet*, 2000;355,1.093).

s. c.n.

## USA

### I QI dei big del mondo

Madonna e Valery Giscard d'Estaing hanno un lusinghiero QI di 140; J.F. Kennedy ne aveva uno molto più basso: 119, Sharon Stone è la migliore anche in questo senso: ha un QI di 150 (*J. Bouvet*, Cortina Ed. Milano).

g.c. b.

## UK

### Diseguaglianze e salute

I neonati con i padri nella posizione sociale IV (operai manuali ed agricoli) e V (muratori, pulitori, ecc.) hanno un peso medio minore di 130 g rispetto ai neonati dei padri in classe I (ingegneri, medici, ecc.) e II (insegnanti, giornalisti, operatori di marketing, ecc.) (*Inequalities in Health: London, The Stationary Office* 1999:69).

g.c. b.

## USA

### Povertà e mortalità: ben poco da copiare

I tassi di povertà fra i bambini statunitensi sono andati aumentando nel corso degli ultimi vent'anni, contemporaneamente la mortalità complessiva in età pediatrica è notevolmente diminuita. Il dato, apparentemente positivo e tranquillizzante, non ha convinto molto J.H. Diliberti. Questi, utilizzando i dati sulla mortalità infantile del Centro Nazionale di Statistica Sanitaria e valutando la stratificazione sociale a

livello di Contea, ha trovato che tra il 1968 e il 1987 la percentuale di decessi infantili negli Stati Uniti attribuibili alla stratificazione sociale era scesa dallo 0,22 allo 0,17, ma che successivamente era risalita allo 0,24 nel 1992, nonostante il costante declino dei tassi di mortalità. Queste percentuali sono risultate strettamente correlate con i tassi di povertà nella prima infanzia (*Pediatrics* 2000;105:e-2).

g.c. b.

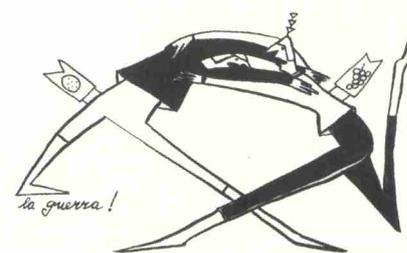
## UK

### Il SSN inglese e l'influenza

Sulla stampa inglese, (ma anche su quella italiana *Il Sole 24 Ore* 19/01/2000) durante il mese di gennaio, il Servizio Sanitario Nazionale è stato messo sotto accusa per non essere riuscito a reggere i bisogni sanitari determinati dall'influenza. In un'intervista alla BBC del 16 gennaio, trasmessa anche in Italia via satellite, il primo ministro Blair ha dichiarato che lo stato del SSN è grave per l'*underfunding* dovuto ai governi conservatori che hanno determinato una riduzione della spesa sanitaria dell'1,2% del PIL rispetto agli altri paesi europei.

Il raggiungimento della media dell'8% del PIL dei paesi dell'UE è previsto per il 2005 (*Lancet* 2000;355:296). Il leader dei conservatori, W. Hague, ha ammesso che l'*underfunding* è reale e che appoggerà il governo in questa rincorsa all'Europa.

s. c.n.



# Napoleone morì di tumore o fu avvelenato?

Antonella Brunelli

UO di Pediatria e Neonatologia - Ospedale "Bufalini", Cesena

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 26-28

*Attorno alla morte di Napoleone sono fiorite leggende che autorevoli medici legali esaminano in un articolo che vogliamo raccontare ai nostri lettori.*

*Hindmarsh J.T., Corso P.F.  
The death of Napoleon Bonaparte: a critical review of the cause  
J. Hist. Med. 1998;53:201*

Napoleone Bonaparte morì nell'isola di Sant'Elena il cinque Maggio 1821, all'età di 51 anni, di un carcinoma allo stomaco, probabilmente complicato da ematemesi. Otto medici presenziarono alla sua autopsia: Francesco Antonmarchi, Archibald Arnott, Francis Burton, Walter Henry, Matthew Livingstone, Charles Mitchell, George Rutledge e Thomas Shortt. Sono rimasti solo tre dei loro referti post mortem.

Francesco Antonmarchi, anatomista e patologo, osservò che: "Lo stomaco ad un'occhiata superficiale appariva in perfetto stato di salute: nessuna traccia di flogosi, indenne il peritoneo (si è detto che la morte sia stata da peritonite, ma sembra improbabile); ma esaminando attentamente lo stomaco, mi accorsi che sulla superficie anteriore, vicino alla piccola curvatura, e alla distanza di circa tre dita dal piloro, era presente una ostruzione, di natura apparentemente scirroso, di modesta estensione ed esattamente circoscritta. Lo stomaco era completamente perforato al centro di questa piccola indurazione, l'apertura della quale era chiusa dall'adesione di questa col lobo sinistro del fegato. Il volume dello stomaco era ridotto. Sezionando l'organo lungo la grande curvatura, osservai che gran parte della sua capacità era occupata da una considerevole quantità di tessuto poco consistente e mescolato ad una gran quantità di sostanza viscida molto fine (della consistenza dell'albume), del colore del fondo di caffè e che emanava un odore acre ed infetto. Rimossa questa sostanza, la mucosa gastrica fu visionata per tutta l'estensione seguendo la grande curvatura. Quasi tutta la rimanente parte della superficie interna dello stomaco era occupata da un'ulcera cancerosa, il cui centro stava nella parte alta della piccola curva, mentre gli irregolari confini digitati e linguiformi

della circonferenza si estendevano per tutta la larghezza della superficie e dal cardias fino a 2-3 cm dal piloro. L'orifizio pilorico era in perfetto stato. I bordi dell'ulcera apparivano edematosi con base dura, spessa, in uno stato scirroso, e si estendevano anche sulla intera superficie occupata da questa crudele lesione. Inoltre erano presenti piccoli noduli rossastri sulla superficie del tenue, mentre nel colon furono trovate feci nere e viscosi". Nella sua relazione Walter Henry notò che: "L'intera superficie del corpo era coperta da uno spesso strato di grasso. Sullo sterno, dove generalmente l'osso è molto superficiale, il grasso raggiungeva uno spessore di circa 2.5 cm, e 4 o forse 5 cm sull'addome. La cute fu notata particolarmente bianca e delicata, così come le mani e le braccia. In effetti, tutta la struttura corporea appariva esigua ed effeminata. I peli corporei erano molto scarsi ed i capelli sottili, fini e setosi. Il pube sembrava il Monte di Venere femminile. I muscoli del torace erano ipotrofici, le spalle appuntite ed il bacino largo. Il cuore era ricoperto da uno spesso strato di grasso. Aprendo l'addome, l'omento appariva sovraccarico di una quantità enorme di tessuto adiposo. Raggiunto lo stomaco, si apprezzava un'estesa adesione fra la sua superficie anteriore e la superficie concava del lobo sinistro del fegato. Separandoli, cosa peraltro risultata molto difficoltosa, il male fatale si evidenziò in tutta la sua sede ed estensione. L'intera superficie interna dello stomaco mostrava una massiva ulcera cancerosa, o un ispessimento scirroso rapidamente evolutivo verso una forma cancerosa. Fu sezionata ed analizzata attentamente. La regione pilorica costituiva il fulcro di tale disorganizzazione, e la lesione aveva eroso la parete formando un buco attraverso il quale chi scrive fece passare il proprio dito.

Per corrispondenza:  
Antonella Brunelli  
E-mail: [brunelli@ausl-cesena.emr.it](mailto:brunelli@ausl-cesena.emr.it)

Questo era chiuso da un'aderenza con il fegato senza la quale la morte sarebbe avvenuta al momento della prima perforazione. Lo stomaco era pieno di materiale fluido e scuro come il fondo di caffè". Infine Shortt, Arnott, Burton, Livingstone, e Mitchell erano d'accordo che: "Una volta aperto l'addome, l'omento fu notato particolarmente ricco di tessuto adiposo, ed esponendo lo stomaco si osservò la sede dell'estesa lesione. Una tenace aderenza era fra la superficie superiore, particolarmente verso il piloro, e la superficie concava del lobo sinistro del fegato; separando i due organi, veniva evidenziata un'ulcera che perforava la parete dello stomaco a 2.5 cm dal piloro, sufficiente a permettere il passaggio del dito mignolo. La superficie interna dello stomaco quasi per tutta la sua estensione era una massa di tessuto canceroso o scirroso evolvente a cancro. Questo era particolarmente apprezzabile vicino al piloro, mentre una piccola area verso l'estremità cardiale nei pressi dell'inizio dell'esofago era la sola parte che appariva indenne. Lo stomaco fu trovato praticamente pieno di una gran quantità di liquido somigliante al fondo di caffè". Poiché la microscopia non era ancora disponibile nel primo Ottocento, le diagnosi autoptiche si basavano sul solo aspetto macroscopico dell'organismo e degli organi. La diagnosi microscopica si diffuse largamente solo verso la fine del secolo; da qui l'incertezza di alcune affermazioni quali quelle di lesione cancerosa o scirroso rapidamente evolutiva verso una forma cancerosa. In ogni caso, il referto riporta chiaramente che Napoleone aveva un esteso cancro scirroso dello stomaco, probabilmente complicato da una subtotale ostruzione gastrica che negli ultimi mesi di vita si manifestava clinicamente con vomito intrattabile e con singhiozzo. Per molti anni aveva sofferto di vaghi dolori addominali forse dovuti ad una gastrite cronica che probabilmente precedette il cancro. Lo stadio terminale del cancro gastrico solitamente si accompagna ad una importante perdita di peso. Sebbene ci siano notizie di un effettivo calo ponderale verso gli ultimi periodi della sua vita, l'Imperatore era ancora obeso al momento della morte. Una possibile spiegazione della obesità nonostante

il cancro può essere quella di una morte improvvisa da ematemesi precipitata da una massiva dose di calomelano (mercurio cloruro: ne assunse 10 grani, che corrisponde a circa 5 volte la dose usuale) il giorno prima di morire. La causa principale di morte fu comunque il cancro dello stomaco, che aveva ucciso suo padre e parecchi suoi parenti stretti. Napoleone soffriva di numerose malattie: la schistosomiasi contratta in Egitto (ebbe stranguria ricorrente per molti anni, probabilmente per una infezione da *Schistosoma Hematobium*), la brucellosi, la malaria, la tubercolosi polmonare (all'autopsia erano presenti piccoli granulomi specifici all'apice del polmone sinistro), lo scorbuto, ed una insufficienza ipofisaria con esordio in età adulta, probabilmente secondaria a lesione ipotalamica (la vecchia distrofia adiposo-genitale?). Un argomento di discussione fu se Napoleone avesse una epatite cronica. Il suo medico personale, Francesco Antonmarchi, un corso del contingente francese di Sant'Elena, lo affermò, sebbene il suo stesso referto autoptico sia più suggestivo di una pregressa peritonite periepatatica piuttosto che di cirrosi. Gli altri medici, tutti inglesi, rifiutarono la diagnosi di epatite come plausibile. Antonmarchi avrebbe potuto avere ragioni politiche per questa diagnosi: il governatore britannico di Sant'Elena, Sir Hudson Lowe, era continuamente



in bisticcio col contingente francese riguardo l'eventuale influenza del clima sulla evolutività di questa epatite. Il dottor Barry O'Meara, il precedente medico personale di Napoleone, era stato pagato da Lowe nel 1818, in parte proprio per verificare l'addotta epatite dell'Imperatore. Napoleone aveva ragionevolmente goduto di buona salute fino a due anni prima della sua morte, sebbene verso la fine della sua carriera militare spesso soffriva di dolori addominali, nausea, disuria e letargia; sintomi che possono averlo fatto apparire indeciso nelle sue ultime maggiori battaglie di Borodino, Dresda, Lipsia e, specialmente, Waterloo. Ma i referti autoptici non supportano la diagnosi di epatite cronica. L'autopsia di Antonmarchi accennò ad epatite cronica ma non presentò alcuna evidenza di cirrosi; le aderenze descritte sono più suggestive per una peritonite cronicizzata, forse dovuta alla perforazione gastrica. La natura dell'epatopatia più diffusa nell'isola è incerta. Il rapporto del coevo O'Meara descrive che: per gli europei il clima è particolarmente ostile. Dall'esame dei registri parrocchiali sembra che poche siano le persone oltre i 45 anni. Le malattie più frequenti sono la dissenteria, le infiammazioni intestinali, le epatopatie e le febbri, generalmente tutte in forma molto violenta. In particolare la dissenteria e le affezioni epatiche, che sono frequentemente associate, sono le più spesso fatali. Le malattie epatiche a cui fa riferimento O'Meara potrebbero essere l'amebiasi (la maggior candidata, ma all'autopsia erano assenti i tipici ascessi epatici), le epatiti virali, la schistosomiasi epatosplenica (per esempio, quella da *S. Mansoni*, sebbene non sembra che all'autopsia fosse presente la tipica fibrosi epatica), o la febbre gialla. In ogni caso, qualunque fosse la causa più frequente di epatopatia a quel tempo in Sant'Elena, e nonostante un'anamnesi patologica remota considerevole, Napoleone si mantenne in relativa buona salute dall'anno in cui arrivò, il 1815, fino al 1819, quando la sua salute cominciò a deteriorarsi. L'esiliato Imperatore cominciò a soffrire di attacchi di febbre, dolore addominale con distensione e tensione, e negli ultimi periodi singhiozzo persistente con vomito. Qualcosa era probabilmente

di natura iatrogena; egli assumeva frequentemente abbondanti dosi di emetico tartaro e calomelano, anche se dosi cospicue erano abbastanza usuali nella prima metà del XIX secolo, periodo in cui molte malattie (comprese la febbre gialla e la dissenteria) venivano trattate con salassi e purghe. Inoltre, alcuni dei sintomi di Napoleone potevano essere dovuti a sanguinamento cronico intraperitoneale da lesione gastrica. I sintomi peggiorarono dal settembre 1820 fino alla sua morte nel maggio del 1821. Egli vomitava quasi ogni giorno e soffriva di stipsi e diarrea, dolori all'epigastrio e all'ipocondrio destro, coliche addominali, progressiva ipostenia e ipotermia delle estremità, febbri ricorrenti e sudorazioni profuse. Il 27 Aprile 1821, ebbe un vomito caffeeano accompagnato da singhiozzo incoercibile e frequenza cardiaca intorno a 105 b/min. Il giorno successivo, delirava ad intervalli. Durante un momento di lucidità egli disse al dottor Antonmarchi: *"Dopo la mia morte, che non può essere molto lontana, io desidero che voi apriate il mio corpo. Mi raccomando di guardare con particolare attenzione al mio stomaco, per stilare un preciso e dettagliato rapporto dello stato in cui si trova, e che farete avere a mio figlio"*. Egli aveva, giustificatamente, un orrore per il cancro dello stomaco, e sperava di mettere in guardia suo figlio dalla suscettibilità familiare per la malattia. Il 2 Maggio il vomito si ripresentò. Il giorno successivo, il Dr. Arnott raccomandò di somministrare 10 grani di calomelano nonostante le strenue obiezioni di Antonmarchi. Cinque ore dopo l'Imperatore ebbe una massiva contrazione addominale con emissione di feci catramose, seguita da collasso, severa

sudorazione e tachicardia; egli morì due giorni dopo. Fin qui la storia documentata, ma negli anni '70 si sono sviluppate tecniche di attivazione neutronica, che rendono possibile la misurazione quantitativa delle tracce di metalli nei capelli. Parecchi campioni di capelli prelevati da Napoleone prima e dopo la sua morte sono stati esaminati con tale tecnica. Alcuni di questi campioni hanno presentato concentrazioni di arsenico più elevate rispetto ai valori di riferimento attuali e si è notata anche una notevole variabilità del contenuto nei vari esami: alcuni altissimi altri meno. Di conseguenza, è stata diffusa la voce che Napoleone fosse stato deliberatamente avvelenato nel corso di diversi anni da alcuni monarchici francesi, fino ad ucciderlo in Sant'Elena. La teoria dell'avvelenamento da arsenico si basa largamente sull'elevata concentrazione di arsenico nei suoi capelli. Ci sono però anche prove che dimostrano che Napoleone non soffrì di avvelenamento cronico da arsenico. I medici legali citati in bibliografia sono di questa ultima opinione. I sintomi principali di tale avvelenamento sono: malessere, perdita di peso, e alterazioni neurologiche e dermatologiche. Secondo loro la diagnosi di avvelenamento da arsenico non può essere sostenuta solo sulla concentrazione elevata di arsenico sui capelli, poiché ciò può essere dovuto alla semplice contaminazione esterna senza possibilità di differenziazione. Devono essere presenti i sintomi clinici, e nello stesso tempo vanno escluse eventuali cause di contaminazione ambientale, poiché i capelli, come le unghie ed i peli, assorbono l'arsenico dall'esterno in modo impossibile da rimuovere anche con accurato lavaggio. Veniamo ai segni clinici. La perdita di peso è un dato costante nell'avvelenamento da arsenico e non vi fu. Anche la maggior manifestazione dermatologica nell'avvelenamento da arsenico (pigmentazione a gocce di pioggia specie attorno ad ascelle, inguine, occhi, e capezzoli, alle tempie, al collo, e più raramente estesa al dorso e al torace) non vi fu. Né vi furono le alterazioni neurologiche dell'avvelenamento cronico, spesso marcate, che consistono in una neuropatia sensomotoria periferica. Se quindi non fu avvelenato, come è arri-

vato l'arsenico sui capelli? E, se si assume che i campioni siano autentici, perché hanno livelli così variabili del metallo? Alternative all'avvelenamento quali possibili cause di contaminazione dei capelli di Napoleone possono essere:

- *contaminazione esterna*

- a) da combustione di carbone,
- b) da carta da parati,
- c) da uso di cosmetici contenenti arsenico,
- d) da uso del metallo come conservante dei campioni;

- *ingestione accidentale di arsenico contenuto*

- a) nei tonici (liquore di Fowler in uso dalla fine del 1700),
  - b) naturalmente nelle forniture di acqua,
  - c) come contaminante del tartaro emetico.
- L'ipotesi più probabile sembra essere l'uso dell'arsenico come componente nei conservanti dei capelli, mantenuti come ricordo. Tale strumento di ricordo era molto in uso nel diciannovesimo secolo. Infatti, dopo la morte la sua testa venne rasata proprio a questo scopo. Quanto agli strumenti di conservazione dei capelli, in una lettera al Times (1968) Mr. Cecil Farthing, scrive: "Era pratica di artigiani conservare ciuffi di capelli come memento aggiungendo una piccola quantità di polvere d'arsenico come preservante". In conclusione anche la somministrazione di arsenico come farmaco potrebbe aver contribuito in qualche misura all'elevata concentrazione di arsenico sui capelli; ma l'opinione che gli autori dell'articolo ritengono più probabile è che ad avere originato livelli superiori a 30 ppm senza produrre inequivocabili segni clinici di avvelenamento, è stato l'impiego di arsenico al fine di conservare i ciuffi di capelli dell'Imperatore come ricordo. Un motivo banale per una discussione così accanita per un uomo così grande. ■





Nessuno scrive  
al colonnello

# La Nestlé e il Giubileo

**Adriano Cattaneo**

Istituto "Burlo Garofolo", Trieste

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 29

*Il documento che pubblichiamo è stato diffuso a cura della Rete che in Italia cura il boicottaggio della Nestlé ed è costituito da una lettera inviata al Comitato per il Grande Giubileo 2000 perché la Nestlé sia esclusa dalle ditte che forniscono alimenti per i pellegrini. Ciò perché la Nestlé è stata più volte condannata per infrazioni al codice per la commercializzazione dei suoi prodotti nei paesi in via di sviluppo. Chi concordasse con la lettera può inviarla attraverso un e-mail al comitato per il giubileo: vati011@jubilee-2000.*

Al Comitato per il Grande Giubileo, Nei mesi scorsi abbiamo indirizzato alla Sua cortese attenzione una lettera, nella quale esprimevamo profondo rincrescimento per la scelta di codesto Comitato di inserire l'impresa elvetica Nestlé tra le sette aziende fornitrici del Giubileo del 2000.

Avevamo sottolineato con forza che questa azienda, da anni, viola coscientemente il Codice Internazionale di condotta Oms/Unicef, sulla commercializzazione e vendita dei sostituti del latte materno. Le conseguenze sono disastrose nei paesi dell'emisfero Sud del pianeta dove, informa Unicef, ogni anno un milione e mezzo di neonati muoiono per cause derivanti dall'allattamento artificiale.

Ed anche durante quest'anno giubilare, Nestlé, come altre imprese dello stesso settore produttivo, continua impunemente a violare questo Codice, a dispetto della normativa internazionale e di quella dei singoli paesi. L'ultima testimonianza è data da una denuncia di un ex-impiegato pachistano della multinazionale svizzera, il quale ha pubblicato un documento che illustra numerose violazioni (testo a disposizione presso la Segreteria Nazionale Ribn).

Avevamo altresì ricordato che lo stesso Santo Padre, in un discorso del 1994, aveva preso le difese dell'allattamento al seno ed accennato all'influenza delle multinazionali del latte in polvere sul suo progressivo abbandono. E che già nel 1998, in occasione della Giornata Mondiale della Gioventù, la Ribn aveva protestato con mons. Liberio Andreatta, all'epoca direttore dell'Opera Romana Pellegrinaggi, per un contratto di ristorazione stipulato con la Nestlé - nella sua risposta, mons. Andreatta aveva riconosciuto le nostre ragioni ed assicurato una maggior attenzione in futuro alle implicazioni etiche dei contratti.

A codesto Comitato Centrale, chiedevamo una maggiore attenzione nell'effettuare operazioni commerciali e finanziarie, che non possono essere mai neutre, perché la produzione di beni e servizi ed il commercio nazionale ed internazionale hanno conseguenze importanti sulla vita e sulla salute di intere popolazioni. Scegliere un'impresa piuttosto che un'altra, una banca piuttosto che un'altra, vuol dire anche diventare, in positivo o in negativo, corresponsabili di ciò che quell'impresa e quella banca fanno con il nostro denaro. Il Suo silenzio, Eminenza, non solo ci stupisce, ma è per noi molto difficile da comprendere. Mentre si sta realizzando il Giubileo e si parla di perdono e riconciliazione, di rimettere i debiti, di condividere e fare solidarietà, di rivolgere l'attenzione verso gli ultimi, proprio ora viene rifiutato un minimo di attenzione ad una questione così importante e delicata: un milione e mezzo di neonati, sacrificati ogni anno sull'altare del profitto di poche imprese, meriterebbero quanto meno una risposta. Desideriamo perciò sottoporre nuovamente alla Sua attenzione e sensibilità questo appello. E preannunciamo fin d'ora che saremo comunque disposti a sollevare il problema, se necessario, con azioni che richiamino l'attenzione dei media e dell'opinione pubblica, nell'osservanza dei canoni della non-violenza e della correttezza.

Confidiamo in un Suo autorevole interessamento e, nel ringraziare, Le inviamo i nostri più distinti saluti. ■



Per corrispondenza:  
RIBN, Segreteria Nazionale  
E-mail: ribn@yahoo.com

# Il morbillo in Italia

Fortunato D'Ancona, Donatella Mandolini, Antonino Bella,  
Barbara De Mei, Alberto Eugenio Tozzi, Stefania Salmaso

Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica,  
Reparto di Malattie Infettive

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 30-32

*A tutt'oggi in Italia si verificano diverse migliaia di casi per anno di morbillo. Questo è il risultato di una disomogenea copertura vaccinale. Quest'analisi dell'Istituto Superiore di Sanità aiuta a capire e a fare.*

Il morbillo, prima dell'avvento del vaccino, era endemico praticamente in tutto il mondo. L'introduzione del vaccino intorno alla fine degli anni '60 ha permesso di ridurre drasticamente la sua diffusione a livello mondiale, ma in Italia, a differenza di altri paesi, l'uso del vaccino non è stato così diffuso da permettere l'interruzione della trasmissione. Eppure il morbillo è una patologia da non sottovalutare: 1 malato ogni 1.000 casi muore, 1 malato su 1.000 contrae un'encefalite e 5 malati su 100 vengono ricoverati per complicanze della malattia. Il vaccino è efficace e sicuro e la sua somministrazione piuttosto comoda. Ma a tutt'oggi in Italia si verificano diverse migliaia di casi di morbillo ogni anno. La spiegazione sta nell'assenza di un obiettivo comune per la riduzione dell'incidenza del morbillo e quindi nella mancanza di un coordinamento delle attività, in ogni regione italiana, per il raggiungimento di un tasso di copertura vaccinale adeguato. La stima della copertura vaccinale per il morbillo per ogni regione riportata nella **tabella 1** è il risultato della recente indagine ICONA condotta nel 1998 dal reparto di malattie infettive del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'ISS (1) ed è confrontata con un'analoga indagine effettuata nel 1993 in 7 regioni italiane (2). Queste indagini sono state eseguite su un campione rappresentativo dei bambini di età compresa tra 12 e 24 mesi residenti in ciascuna regione. Per quanto riguarda le coperture osservate nel 1998, nessuna regione italiana presenta valori pari o superiori a quelli indicati dall'OMS come obiettivi operativi per la vaccinazione contro il morbillo e ripresi nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (copertura 95%). Anche se è possibile che una certa quota della popolazione venga vaccinata in ritardo, esiste un chiaro gradiente nord-sud con alcu-

ne eccezioni. Nell'Italia settentrionale l'Emilia Romagna, il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e la Lombardia presentano coperture vaccinali elevate, mentre nella provincia autonoma di Bolzano la copertura è solo del 28%. Le coperture vaccinali diminuiscono da nord a sud con valori minimi per la Campania e la Calabria. Nelle 7 regioni che avevano effettuato l'indagine di copertura nel 1993 si può osservare tuttavia un netto incremento della copertura vaccinale. Esaminiamo adesso in dettaglio alcune caratteristiche epidemiologiche della malattia nel nostro paese. La **figura 1** illustra le notifiche di morbillo dal 1980 al 1996. Oltre al caratteristico andamento stagionale invernale-primaverile, si può notare la presenza di picchi epidemici ogni 3-4 anni. A partire dagli anni '90 i picchi epidemici si sono ridotti per una diminuzione del numero totale dei casi. Nella **tabella 2** sono riportati il numero dei casi notificati e i tassi di incidenza grezzi (cioè il numero dei casi rapportato alla popolazione) nel periodo 1990-1996 per regione. Come si può osservare le differenze sono piuttosto significative e le incidenze non sempre sono correlate ai dati di copertura vaccinale (**tabella 1**): tassi di incidenza elevati infatti si riscontrano in numerose regioni settentrionali ad elevata copertura (Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna), mentre in alcune regioni meridionali a bassa copertura vaccinale (ad es. Calabria, Campania, Sicilia) si osserva un basso tasso di incidenza. Questo risultato apparentemente paradossale è verosimilmente dovuto a una sottotifica differenziata per area geografica; in altre parole nelle regioni in cui si è più vaccinato vi è anche una maggiore attenzione a segnalare i casi diagnosticati. Nella **tabella 3** sono riportate le età medie dei casi di morbillo osservate nel periodo 1984-1989 e 1990-1996. Questo

Tabella 1. Stima della copertura vaccinale per il morbillo per regione nei bambini di età compresa tra 12 e 24 mesi stimata nel 1998 e nel 1993 secondo l'indagine ICONA

Regione	Copertura 1998	Copertura 1993
Abruzzo	45,5	18,7
Basilicata	44,7	-
Calabria	25,5	-
Campania	26,5	16,1
Emilia Romagna	87,7	-
F.V. Giulia	77,3	-
Lazio	-	-
Liguria	62,1	32,3
Lombardia	75,9	43,3
Marche	58,7	35,8
Molise	40,5	11,0
Piemonte	60,4	-
Pr. Aut. Bolzano	28,1	-
Pr. Aut. Trento	58,0	-
Puglia	50,6	-
Sardegna	56,3	-
Sicilia	44,6	-
Toscana	64,8	44,4
Umbria	72,3	-
Val d'Aosta	43,3	-
Veneto	81,2	-

parametro è indicativo: è evidente infatti che più è alta la copertura vaccinale e più aumenta l'età media dei casi, perché la maggior parte dei suscettibili si concentra tra i soggetti che nel passato non sono stati vaccinati e non hanno ancora contratto il morbillo. Mentre in buona parte delle regioni si può notare un aumento dell'età media dei casi tra i periodi 1984-1989 e 1990-1996, come effetto di un aumento della copertura vaccinale intorno al secondo anno di vita, in alcuni casi questo parametro è rimasto stabile (Calabria, Campania, Lazio, Molise, Pr. Aut. Bolzano, Sicilia). Come si può notare dalla **tabella 1** tutte queste regioni sono caratterizzate da una bassa copertura vaccinale. Per meglio comprendere quanto possa influire la strategia adottata in ogni regione sull'epidemiologia della malattia, nella **figura 2** è confrontata l'incidenza annuale standardizzata per età dei casi di morbillo di due regioni che presumiamo abbiano una simile proporzione di casi notificati rispetto a tutti quelli diagnosticati e che quindi siano

confrontabili: l'Emilia Romagna (alta copertura vaccinale) e la Prov. Autonoma di Bolzano (bassa copertura). Mentre il trend in Emilia Romagna è in discesa e non sono visibili picchi epidemici dal 1991, nella Provincia Autonoma di Bolzano l'incidenza continua ad essere elevata e si notano grandi epidemie, l'ultima delle quali nel 1997, dovute all'accumulo di suscettibili. Inoltre, l'età media dei casi è rimasta stabile nella Provincia Autonoma di Bolzano, mentre è nettamente aumentata in Emilia Romagna (**tabella 3**). Dai dati sopra riportati si deduce facilmente che l'incidenza di morbillo in Italia è molto elevata e confrontandoli con quelli provenienti dalle altre nazioni europee possiamo affermare che la nostra nazione in questo campo è tra quelle che hanno uno tra i più bassi livelli di controllo anche a causa dell'alta variabilità regionale con strategie vaccinali disomogenee. Si pensi che, allo scopo di evitare epidemie nelle comunità militari per l'accumulo di suscettibili in età adulta dovuto ad una non efficiente strategia vaccinale nell'infanzia, nel 1998 il Ministero della Difesa Italiano ha introdotto la vaccinazione antimorbillosa tra le reclute. Poiché gli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Salute per tutti entro l'anno 2000) e del Piano Sanitario Nazionale (3) prevedono il raggiungimento di coperture vaccinali di almeno il 95% per il morbillo, e la riduzione dell'incidenza a valori annuali inferiori ad un caso per 100.000 abitanti, ulteriori sforzi sono stati compiuti recentemente in Italia per interrompere la trasmissione del virus. Con il decreto ministeriale del 7 aprile 1999 è stato definito un nuovo calendario vaccinale per la popolazione infantile che introduce interessanti novità in termini di strategie (4, 5). Con questo documento si raccomanda un calendario vaccinale comune a tutte le regioni italiane, sia per le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate. Viene inoltre indicato il periodo utile per la somministrazione dell'immunizzazione primaria con il vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia che deve essere compreso tra 12 e 15 mesi, in modo da consentire l'eventuale associazione con le altre vaccinazioni previste a 11-12 mesi di vita. Insieme al nuovo calendario per le vaccinazioni la Commis-

sione Nazionale Vaccini ha approntato un altro documento che indica le strategie vaccinali nazionali, denominato Piano Nazionale Vaccini (6). Il documento recepisce gli obiettivi proposti dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Piano Sanitario Nazionale in tema di vaccinazioni e illustra le modalità con le quali questi obiettivi vanno perseguiti. In questo documento viene sottolineato che l'adesione della popolazione interessata alle vaccinazioni raccomandate va incrementata attraverso l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione stessa ed una appropriata azione di formazione culturale va rivolta sia al personale sanitario, sia alla popolazione. Viene anche evidenziata la necessità di adattare la strategia vaccinale per il morbillo alla situazione epidemiologica locale. Il primo passo è quello di aumentare la copertura vaccinale nel secondo anno di vita fino a raggiungere almeno il 95%. Contemporaneamente è necessario recuperare i suscet-

Tabella 2. Numero di casi di morbillo notificati nel periodo 1990-1996 e relativi tassi di incidenza grezzi (fonte ISTAT, popolazione di riferimento 1991)

Regione	Totale casi 1990-1996	Tasso med. ann. per 100.000
Abruzzo	3.534	40,0
Basilicata	1.915	44,8
Calabria	2.797	19,3
Campania	12.164	30,5
Emilia Romagna	11.178	40,7
F.V. Giulia	8.062	96,6
Lazio	10.557	29,1
Liguria	4.415	37,9
Lombardia	35.920	57,7
Marche	6.713	66,7
Molise	1.880	81,1
Piemonte	11.999	39,9
Prov. Aut. Bolzano	4.567	146,1
Prov. Aut. Trento	3.132	98,1
Puglia	13.263	46,7
Sardegna	1.526	13,2
Sicilia	14.855	42,2
Toscana	15.377	62,3
Umbria	2.657	46,3
Valle d'Aosta	120	14,6
Veneto	19.996	64,8
<b>Italia</b>	<b>186.627</b>	<b>46,7</b>

tibili nelle fasce di età superiori utilizzando tutti gli accessi ai servizi vaccinali successivi al secondo anno di vita, oppure anche eseguendo campagne vaccinali in un ristretto arco di tempo. Tuttavia, fino a che la copertura vaccinale nel secondo anno di vita non sia almeno dell'80% e non sia stata efficacemente ridotta la proporzione di suscettibili nelle età superiori a 2 anni a meno del 10% è inutile allocare risorse economiche per la somministrazione di una seconda dose. La seconda somministrazione infatti ha principalmente lo scopo di recuperare i fallimenti vaccinali dopo la prima dose, che ammontano a circa il 5%. La seconda dose di vaccino contro morbillo, parotite e rosolia può essere somministrata a 5-6 anni oppure a 11-12 anni. La situazione epidemiologica del morbillo rappresenta un esempio lampante di come sia necessario abbandonare la distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e raccomandate. È essenziale puntare su una visione globale del controllo delle malattie infettive in cui una buona strategia vaccinale rappresenta il mezzo per ottenere non solo la protezione individuale, ma anche quella dell'intera comunità,

riducendo la circolazione degli agenti infettivi. Infine, avere a disposizione i dati di notifica delle malattie infettive insieme con quelli di copertura vaccinale è indispensabile per programmare efficienti strategie vaccinali. Il noioso processo di raccolta di questi dati deve diventare strumento di lavoro corrente e l'elaborazione dei dati raccolti deve essere ritrasmessa in modo rapido alla periferia. Obiettivi così ambiziosi come la drastica riduzione o l'eradicazione del morbillo possono essere raggiunti solo con l'applicazione di una strategia vaccinale conseguente alla situazione epidemiologica osservata e con il contributo individuale di tutti gli operatori sanitari, soprattutto dei pediatri. ■

**Bibliografia**

- (1) ICONA: indagine nazionale sulla copertura vaccinale - *Rapporti ISTISAN* 1998;98/33
- (2) Childhood vaccination coverage in Italy: results of seven-region survey - *Bulletin of the World Health Organization*, 1994;72(6):885
- (3) Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, suppl. ord G.U. 10/12/1998;288 <http://www.sanita.it/psn/psn9800.htm>
- (4) Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva. Decreto 7 aprile 1999 G.U. serie generale 1999;87:58 [http://www.sanita.it/malinf/normativ/doc/dm7\\_4\\_99.doc](http://www.sanita.it/malinf/normativ/doc/dm7_4_99.doc)
- (5) Il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva. Circolare esplicativa del 7 aprile 1999 G.U. serie generale 1999;87:71 [http://www.sanita.it/malinf/normativ/doc/cir7\\_4\\_99.doc](http://www.sanita.it/malinf/normativ/doc/cir7_4_99.doc)
- (6) Piano Nazionale Vaccini 1999-2000 Conferenza Stato Regioni seduta del 18 giugno 1999 <http://www.sanita.it/malinf/normativ/doc/pnv99-00.doc>

Tabella 3. Età media dei casi di morbillo (anni) in Italia per periodo (Fonte ISTAT)

Regione	1984-1989	1990-1996
Abruzzo	7,01	9,90
Basilicata	6,19	7,89
Calabria	6,98	7,75
Campania	6,85	6,85
Emilia Romagna	8,40	13,68
F.V. Giulia	9,72	14,24
Lazio	8,32	6,86
Liguria	10,05	13,55
Lombardia	7,08	9,88
Marche	8,51	13,68
Molise	7,01	7,53
Piemonte	7,84	11,34
Pr. Aut. Bolzano	7,90	7,67
Pr. Aut. Trento	8,51	10,05
Puglia	6,08	6,71
Sardegna	6,28	11,41
Sicilia	6,53	6,20
Toscana	9,60	14,50
Umbria	9,18	13,70
Val d'Aosta	8,05	11,61
Veneto	8,48	12,57

Figura 1. Numero di casi notificati di morbillo per mese in Italia: 1980-1996 (fonte ISTAT)

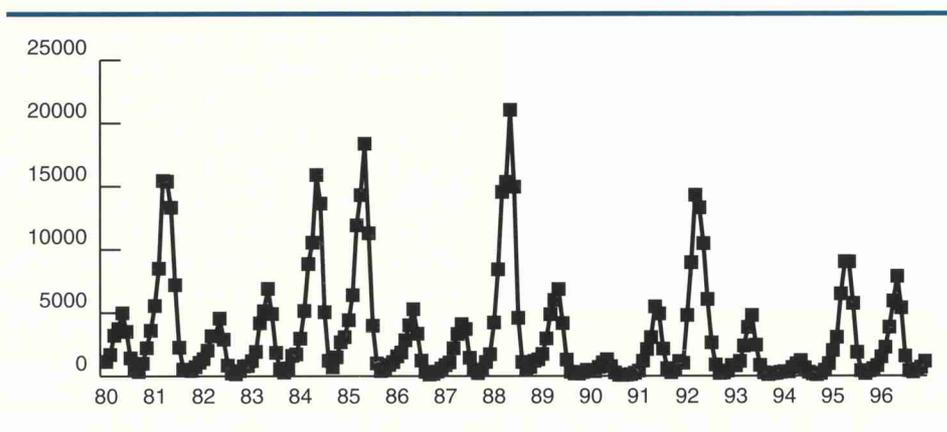
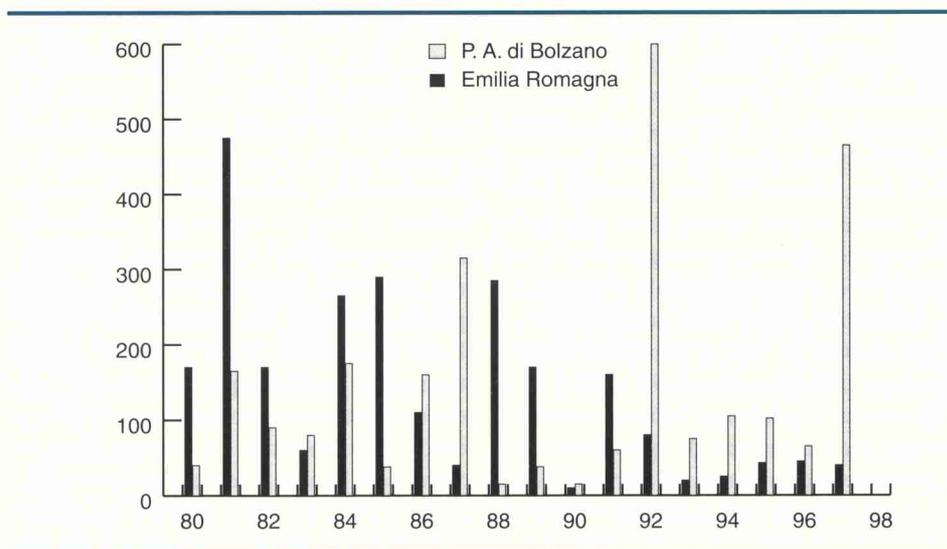


Figura 2. Confronto tra i tassi per 100.000 standardizzati per età relativi alle notifiche di morbillo di Emilia Romagna e Prov. Autonoma di Bolzano (fonte ISTAT, SIMI; popolazione di riferimento 1991)



Vicenza 13, 14, 15 Ottobre 2000

Venerdì 13 Ottobre

## XII CONGRESSO NAZIONALE ACP

### “Frontiere e Priorità”

Il motivo conduttore del Congresso Nazionale ACP di quest'anno riprende una delle dialettiche fondamentali della nostra epoca: quella tra le “Frontiere” del sapere, e quindi l'innovazione scientifica e tecnologica, e le “Priorità” del fare e quindi le politiche e gli interventi necessari. Conoscere le prime è essenziale per illuminare la strada per le seconde, ma non è sufficiente. Le seconde devono rispondere a criteri di equità, costo-efficacia, sostenibilità, eticità. Ciascuno dei nove temi centrali del congresso, sarà dunque affrontato secondo questa duplice ottica, da due diversi relatori che introdurranno la discussione. A questa sarà dedicato il 50% del tempo a disposizione per ciascun tema. L'incontro comprenderà inoltre due letture, la presentazione di progetti e attività nazionali in corso (progetto SPES, progetto Linee Guida, crediti formativi ecc.) e riproporrà per la mattina della domenica il forum dei gruppi locali dedicato alle attività dei gruppi e agli strumenti di collegamento. Il congresso si caratterizza inoltre per la partecipazione di Enti e Agenzie rappresentativi della Sanità nazionale (Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali, Comitato Nazionale per la Bioetica) e internazionale (Organizzazione Mondiale della Sanità, Terres des Hommes).

### Avviso a tutti i soci dell'ACP

Oggetto: convocazione d'assemblea

I soci dell'ACP in regola con il pagamento delle quote sono convocati, presso la sede del congresso, in prima convocazione alle ore 08.00 del 14/10/2000 ed in seconda convocazione alle ore 17.00 del 14/10/2000 per discutere il seguente ordine del giorno

1. Relazione del presidente
  2. Discussione e votazione della medesima
  3. Relazione del tesoriere
    - 3.1. Discussione e votazione del bilancio consuntivo 1999
    - 3.2. Discussione e votazione del bilancio preventivo 2000
    - 3.3. Proposta di ripartizione fondi per il 2001
  4. Votazioni, secondo le regole stabilite dallo Statuto, per l'elezione del presidente e dei membri del C.D.
  5. Varie ed eventuali
- Non è ammessa la delega

**Il presidente**  
Giorgio Tamburlini

Moderatore *Giancarlo Biasini*

- 09.30 Apertura del Congresso *G. Tamburlini*  
09.45 *Letture* Geni, ambiente e sviluppo cognitivo  
10.15 *Frontiere e Priorità* Salute pubblica del bambino  
*G. Tamburlini, F. Oleari*

Moderatore *Franco Panizon*

- 11.30 *Frontiere e Priorità* Malattie rare *G. Andria, P.P. Mastroiacovo*  
12.30 *Frontiere e Priorità* Etica e riproduzione umana  
*S. Spinsanti, C. Flamigni*

Moderatore *Paolo Siani*

- 15.00 “Best practice” (ricerca) Progetto SPES *M. Ciofi degli Atti*  
Progetto Latte Materno *A. Cattaneo*  
15.30 *Frontiere e Priorità* Malattie croniche *B. Assael, G. Magazzù*

Moderatore *Nicola D'Andrea*

- 17.00 *Frontiere e Priorità* Disabilità *M. Leonardi, P. Facchin*  
18.00 *Letture* Disturbi della condotta alimentare nell'adolescente  
18.30 Presentazione delle candidature alla Presidenza e al Consiglio Direttivo  
20.45 *Tavola rotonda* I giovani del Nord-Est

Sabato 14 Ottobre

Moderatore *Michele Gangemi*

- 08.30 “Best practice” (linee guida) Progetto Linee Guida *R. Grilli*  
09.00 *Frontiere e Priorità* Malattie comuni *A. Ventura, M. Fontana*  
10.00 *Frontiere e Priorità* Pediatria di famiglia *V. Calia, F. Fusco*

Moderatore *Gherardo Rapisardi*

- 11.30 *Frontiere e Priorità* Cure neonatali *U. de Vonderweid, C. Corchia*

Moderatore *Lucia Castelli*

- 14.30 “Best practice” (advocacy) Attività di contrasto allo sfruttamento sessuale dei minori *Terres des Hommes*  
15.00 *Frontiere e Priorità* Etica e salute internazionale *G. Masera, A. Cattaneo*  
16.00 *Frontiere e Priorità* Formazione permanente *S. Fedele, V. Murgia*  
17.00 Assemblea dei soci e votazioni  
20.00 Cena sociale

Domenica 15 Ottobre

Moderatore *Maria Francesca Siracusano, Giorgio Tamburlini*

- 09.00 Stato dei gruppi locali 2000 *M.F. Siracusano*  
09.30 Stato sito web *S. Fedele*  
10.15 Presentazione delle attività di ricerca, formazione e advocacy dei gruppi locali  
13.00 Chiusura Congresso

Comitato scientifico:

Comitato Direttivo dell'ACP e Comitato Direttivo dell'ARP Vicenza

Segreteria organizzativa:

Quickline Congressi, via Santa Caterina da Siena 3, 34122 Trieste  
Tel. 040773737 - 040363586 fax 040760590, e-mail: quick@trieste.com

Informazioni:

F. Fusco, D. Sambugaro - via G. Garacco 33, 36078 Valdagno (VI)  
Tel./fax 0445412155, e-mail: fuscocosam@primopiano.it

**Crediti:** A mente della sperimentazione ACP al convegno vengono attribuiti 0.5 crediti per sessione (*Quaderni acp 2000;2:31*)



## L'organizzazione del lavoro nei reparti pediatrici

A settembre 1999, si è svolto a Garniga (TN) il decimo incontro sulla "Organizzazione del Lavoro nei reparti pediatrici", più noto come "Sirmione X", dal nome della località del primo incontro.

Il progetto di questi incontri è nato nel 1986, con l'intento di istituire un gruppo di studio sul "lavoro nel reparto pediatrico", coinvolgendo operatori di ruolo diverso (medici, infermieri, fisioterapisti e altro personale). Nei primi cinque "Sirmione" ci si è confrontati su temi prestabiliti ai quali si è lavorato durante l'anno ognuno nella propria realtà. Sono stati affrontati i seguenti temi: cartella clinica integrata e orientata per problemi, riunioni di reparto, aggiornamento, strumenti di integrazione tra operatori. Si è anche prodotto qualche strumento pratico: cartella clinica integrata e orientata per problemi, linee-guida e indicazioni su riunioni di reparto. I fattori positivi di questi primi seminari sono stati la possibilità di incontro tra équipe diverse, di coinvolgimento diretto dei partecipanti, di lavorare su un tema per un anno intero. I fattori negativi (meglio: "meno positivi") sono stati l'improvvisazione, la mancanza di verifica "esterna", il fatto che non tutte le persone del proprio reparto si sentissero coinvolte. Nei seminari "Sirmione" dal 6° al 9°, ci si è orientati alla trattazione di temi organizzativi e si è privilegiata la formula della "lezione", con esercitazioni pratiche. Anche in questa seconda serie, ci sono stati dei fattori positivi e negativi. Tra i primi, il fatto che si siano discusse problematiche attuali e condivise e che si sia fatto riferimento a un esperto del settore, il Prof. Roberto Cotta dell'Università "Bocconi" di Milano; tra i secondi, la difficile coniugazione della teoria con la pratica, la mancanza di un lavoro preparatorio durante l'anno e la mancanza di verifiche sulle ricadute pratiche. Sotto il profilo economico l'iniziativa "Sirmione" è stata sempre finanziata quasi totalmente dai gruppi partecipanti, con un piccolo contributo dell'Associazione Culturale Pediatri. Si è sempre cercato di realizzare il massimo dell'economia pur assicurando ai seminari un clima confortevole e amichevole. Per il "Sirmione X", si è scelta una formula mista: oltre alle lezioni da parte di un

esperto, ogni gruppo ha portato avanti un lavoro durante tutto l'anno, "a casa propria". Si è cercato di coinvolgere la ventina di gruppi storici che in questi anni hanno collaborato al progetto; di questi, sedici hanno accettato di partecipare all'incontro e otto hanno completato il programma annuale, con scadenze fisse e triangolazioni gruppo-partecipante-segreteria-esperto. I temi portati avanti sono stati:

- *L'accoglienza e accettazione del bambino in Pronto Soccorso (Ravenna, Trieste).*

Il gruppo di Ravenna si è posto l'obiettivo di migliorare gli aspetti relazionali con l'utenza, di uniformare le norme comportamentali tecnico-operative dell'équipe medico-infermieristica e di migliorare la qualità assistenziale. Le difficoltà incontrate erano dovute al fatto che la costituzione di un P.S. Pediatrico non rientrava negli obiettivi né dell'Azienda Sanitaria, né degli operatori sanitari della Pediatria. Inoltre, la carenza di personale infermieristico e medico ha rallentato il programma, per cui si è ripiegato su un progetto di riorganizzazione dell'esistente, con rivisitazione del servizio medico-infermieristico, questionari di gradimento, schede di valutazione medica e infermieristica. Sono stati preparati alcuni protocolli assistenziali-operativi per l'approccio al bambino in urgenza e per la gestione in regime di ricovero (diabete, meningite, disidratazione, asma e bronchiolite, ossigenoterapia, terapia aerosolica, saturimetrica).

Il gruppo di Trieste (Pronto Soccorso e Primo Accoglimento) si è proposto di migliorare l'accoglienza e l'accettazione con un abbattimento dei tempi e delle pratiche burocratiche, con un perfezionamento della comunicazione e un più valido riconoscimento delle singole patologie. Per raggiungere questi obiettivi sono stati elaborati dei protocolli per la rilevazione di segni e sintomi finalizzati al riconoscimento della patologia e all'inquadramento e alla destinazione del paziente; sono state fatte inoltre delle riunioni per omogeneizzare il lavoro dell'équipe medico-infermieristica e si è iniziata la computerizzazione dell'unità operativa.

- *Nido aperto (Feltre).*

L'obiettivo era di valutare la fattibilità di apertura del Nido alle madri. Per valutare la realizzabilità dell'iniziativa, sono state fatte alcune visite presso le strutture che attuano il nido aperto nel Triveneto, si è riorganizzato e incrementato il personale infermieristico, si sono fatte numerose riunioni infermieristi-

che, è stata somministrata ai clienti una scheda di valutazione e di gradimento.

- *"Self-care" nella patologia neonatale (Patologia neonatale, Trento).*

Il progetto è partito raccogliendo dapprima i consensi del personale medico-infermieristico, del primario e dell'ufficio infermieristico dell'Azienda sanitaria. Il personale è stato motivato a questo con riunioni di gruppo per l'identificazione dei problemi e la raccolta di proposte e con l'attivazione di piccoli gruppi di lavoro. Sono stati formulati degli indicatori e per ciascuno di essi sono state definite le modalità e gli strumenti utilizzati per raccogliere i dati, il livello di soglia atteso, i tempi di verifica.

- *Qualità del servizio al nido (Nido di Trento).*

Il programma prevedeva un gruppo di lavoro per individuare le aree chiave del servizio, le preferenze del cliente, i fattori di qualità e i relativi indicatori, la stesura di una "carta" del servizio, la formulazione di un questionario di gradimento, la condivisione del progetto, la somministrazione dei questionari, l'analisi e discussione dei risultati.

- *Carta dei servizi (Verona).*

Il gruppo facente capo al Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica ha portato avanti il progetto "Regolamento di reparto e carta dei servizi". Si è lavorato in un gruppo interdisciplinare, mediante analisi della realtà-contesto dell'unità operativa, delle vigenti disposizioni di legge, rilevazione analisi dei bisogni-necessità degli utenti, sperimentazione per un breve periodo.

- *Gestione delle urgenze neonatologiche e pediatriche (Rovereto).*

Gli obiettivi erano: aumento delle conoscenze di base sulle varie patologie, adeguamento dei comportamenti alle ultime conoscenze disponibili, possibilità di osservare, confrontare e valutare il proprio operato, collaborazione con gli altri operatori coinvolti, inserimento dei neoassunti. Gli infermieri hanno elaborato dei protocolli per l'ambito neonatale (neonato asfittico, ipoglicemia, convulsioni, distress respiratorio, emorragie, malattia emolitica, cianosi, scompenso cardiaco, sepsi) e per quello pediatrico (chetoacidosi diabetica, dispnea, disidratazione, convulsioni febbrili, meningoencefaliti, trauma cranico, avvelenamenti, trasporto in un centro specializzato).

- *Qualità in Pediatria (Como).*

Partendo dalla definizione di Qualità (efficacia e orientamento all'utente, si è lavorato utilizzando la metodologia IRS (Istituto per



la Ricerca Sociale), che individua come obiettivo principale dell'accreditamento la valutazione di qualità del processo di erogazione, l'internalizzazione delle aspettative e della soddisfazione dell'utente nel processo assistenziale. L'accreditamento professionale prevedeva la partecipazione volontaria degli operatori della struttura, l'individuazione dei criteri e degli indicatori da utilizzare, la valutazione tra pari e da parte di un'agenzia indipendente. Questo lavoro che ha suscitato naturale interesse nel seminario, in quanto rappresenta la prima iniziativa italiana di sviluppo di un sistema di accreditamento dei reparti pediatrici, ha coinvolto una dozzina di reparti pediatrici della Lombardia. È prevista la pubblicazione degli atti dell'ultimo incontro, che raccoglie le esperienze di tutti i gruppi.

Per "Sirmione XI", si è deciso di mantenere la formula dell'anno precedente, combinando il contributo di un esperto con il lavoro svolto durante l'anno. Il tema prescelto è stato "Il percorso assistenziale del ricovero ospedaliero". Ogni gruppo presenterà un proprio progetto su alcuni aspetti di tale tema, che potrebbero essere: accoglienza e pre-accoglienza, informazioni e comunicazioni, la presa in carico, visita, esami, terapie, iter pedagogico, famiglia, predimissione, dimissione, follow-up.

L'iniziativa è aperta a tutti gli ospedali pediatrici che pensano di poter impegnare almeno una parte della loro équipe in questo lavoro comune.

I gruppi che fossero interessati a partecipare a tale lavoro e comunque al prossimo incontro, sono invitati a contattare il prof. G. Mastella, Centro Fibrosi Cistica, Ospedale Borgo Trento, Piazzale Stefani 1, 37126 Verona o Dr. M. Canciani, Clinica pediatrica, Policlinico universitario, 33100 Udine.

Mario Canciani



## Malastampa uno

Vedo con interesse che pubblicate spesso riferimenti di articoli di giornali che danno informazioni distorte, o addirittura sbagliate, in tema di salute. Questo capita molto frequentemente. Io e mia moglie (pure lei medico e ginecologa) per un certo periodo ci siamo proposti di rettificare le informazioni sbagliate e talora pericolose (come, per esempio, tenere il bambino a dormire sul fianco) che il quotidiano che leggiamo (*Il Corriere della Sera*) pubblicava. Ci siamo stancati. Neppure una delle nostre lettere, in tono estremamente cortese e direi quasi di servizio, è mai stata pubblicata. Spremio assoluto del lettore competente, mi pare. Invece, la stampa è pronta a sparare a zero sulla malasanità. Gli episodi che la vostra rivista ha citato (le "morti da influenza") sono lì a provarlo. Che fare?

Luigi Santamaria

## Malastampa due

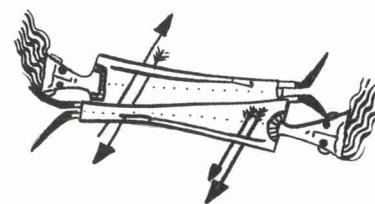
Su *Quaderni acp* (2000;1:31) Conti Nibali, commentando la presunta intossicazione da Coca Cola occorsa in Belgio conclude che è difficile gestire i rapporti con il mondo dell'informazione; sostiene però che i tempi sono maturi per aprire un dibattito serio. Sullo stesso numero (pag. 32) Salvo Fedele accenna ad un tentativo di collaborazione con i professionisti dell'informazione che sarebbe stato intrapreso a Palermo che peraltro non sarebbe realizzabile perché "l'aria che tira è troppo pesante". Io concordo con Conti Nibali. Nella nota pubblicata su "Pediatra notizie" dell'ottobre 1999 ho sfiorato il problema, che si presenta quotidianamente, auspicando che su di esso si impegnasse anche la SIP tramite prese di contatto ufficiali con l'ambiente giornalistico. Dubito che l'invito venga recepito!

Pur conscio di quanto possa esser difficile affrontare la tematica e a maggior ragione risolverla per la molteplicità di canali e di interessi che vi ruotano attorno io ripropongo a te, caro Biasini, e all'ACP l'invito. Lo faccio perché la tua esperienza e saggezza ti rendono capace di valutare se esistono le condizioni per tentare qualche iniziativa. Non vogliatene anche se può trattarsi di verosimile utopia.

Claudio Pototschnig

Anche noi, come il collega Santamaria, abbiamo scritto puntualmente rettifiche ai giornali su errori grossolani come quello riportato a pagina 23 di questo numero. Anche al *Corriere*, certo, e mai e poi mai, siamo stati pubblicati. Ma seguiranno a farlo. Per quanto riguarda la lettera di Pototschnig, uno dei "vecchi" dell'ACP che ringraziamo per la fiducia che dimostra in noi, dobbiamo dire che abbiamo affrontato il problema in più di un senso. Abbiamo diffuso una lettera di un numero sterminato di pediatri e giornalisti ai media in occasione del cosiddetto scandalo delle morti per influenza dimostrando che nessuno era morto veramente per influenza. Abbiamo discusso il problema ed abbiamo provocato un articolo di Ileana Zagaglia su *Jekill il mensile del master di comunicazione della scienza* (che ci sembrava l'interlocutore più adatto) diretto da Pietro Greco. La risposta che abbiamo ricevuto da qualche autorevole giornalista è che il "mostro viene sbattuto" nelle pagine dei giornali non dai giornalisti scientifici che sanno bene come stanno le cose, ma dai corrispondenti locali che non passano attraverso le redazioni scientifiche dei giornali. Abbiamo una piccola collezione di questi veri e propri misfatti che possono andare dal "Primario incriminato" al "Senza cure muore bambina in ospedale". Allora che fare? Segnalare anzitutto questi misfatti, uno per uno, a chi pubblica il misfatto (che li relega in due righe nell'ultima colonna, ma comunque si rende conto delle stupidaggini pubblicate), ai giornali come il nostro che diffondono le notizie fra i medici, al Tribunale del Malato che deve sapere quale miserabile fondamento hanno le cosiddette denunce ed a tutti quanti debbono sapere e specialmente ai genitori che frequentano i nostri ambulatori. Lentamente - crediamo - la verità si farà spazio.

g.c. b.



I nemici dormono...

## Le attività dell'ACP Campania

L'ACP Campania sta cercando di sperimentare nuove forme di aggiornamento per tentare di trasferire nella pratica quotidiana le nuove acquisizioni scientifiche. Con la preziosa e autorevole collaborazione del Dipartimento di Pediatria dell'Università Federico II di Napoli, l'ACP Campania ha proposto ai suoi 200 iscritti e agli altri pediatri di Napoli un lavoro comune di ricerca ed aggiornamento (con la logica di "aggiornarsi lavorando") su alcune tematiche cliniche di rilievo: la gestione delle broncopolmoniti, le ipercolesterolemie, i disturbi funzionali del tratto gastroenterico, il trattamento della bronchiolite, le ipertransaminasemie, i disturbi del linguaggio, la diagnosi e il trattamento dell'abuso. Si procederà dapprima con la costituzione dei gruppi di lavoro, la stesura di un protocollo comune, lo studio della letteratura sull'argomento, l'arruolamento dei pazienti, il follow-up.

I risultati verranno comunicati nell'ambito di un convegno che sarà organizzato nel mese di novembre e che avrà come titolo "Dalla ricerca alla pratica clinica", titolo scelto per sottolineare che la ricerca clinica è scaturita dalla riflessione sulla attività clinica quotidianamente svolta nei nostri ambulatori e nei reparti ospedalieri. Questo progetto che svolgeremo quest'anno segue ad un primo tentativo effettuato l'anno scorso, che se anche non ha avuto il successo sperato, ha avuto il consenso dei pediatri partecipanti per la novità costituita dal metodo. Per quest'anno "l'esperimento" verrà ripetuto con le stesse modalità, ma ai consueti temi clinici si affiancheranno tematiche emergenti come la consuetudine di leggere storie ai nostri bambini, il progetto di adozione sociale che vede impegnati l'ASL Napoli 1 e il Comune di Napoli, il progetto di segnalazione e di presa

in carico precoce dei neonati a rischio sociale e delle loro famiglie.

La novità significativa di quest'anno sarà quindi di dare pari dignità scientifica ad un lavoro di rete e di aiuto sociale, rispetto al lavoro più strettamente clinico, poiché è convinzione del nostro gruppo che possiamo rispondere alle aspettative di salute realizzando progetti di intervento a favore delle famiglie in stato di disagio sociale piuttosto che continuando ad alimentare ricoveri ospedalieri di tanti bambini ammalati solo di povertà

Noi abbiamo iniziato a lavorare. Per tutti l'appuntamento è a Napoli (24 e 25 novembre 2000) per la discussione critica del nostro progetto.

ACP Campania

## Nati per leggere in Romagna

L'ACP Romagna sta organizzando, in collaborazione con il Comune di Cesena, la Biblioteca ragazzi dell'Istituzione Malatestiana, la Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena ed altre associazioni di volontariato un'iniziativa che si richiama al progetto *Nati per leggere* di cui si è discusso al congresso ACP di Assisi e di cui si è trattato anche sul numero 2 del 2000 di *Quaderni acp*. La Biblioteca ragazzi, che ha un grosso volume di prestiti librari (oltre 30.000 per anno), preparerà una scheda con le collane di libri per ragazzi dell'età 3-6 anni delle varie case editrici ed indicherà di queste i volumi consigliati a seconda delle varie età con alcune brevi motivazioni per le quali vengono consigliati. I pediatri consegneranno alle famiglie la scheda appropriata per l'età, con documentate informazioni sull'importanza della lettura, sul miglioramento del capitale sociale familiare, dello sviluppo cognitivo e del rapporto affettivo con i genitori. Consegneranno anche un volume "da leggere ad alta voce" scelto dalla Biblioteca ragazzi e inviteranno i genitori a frequentare la Biblioteca; per il 2000 il volume è già stato scelto e sarà distribuito a 6.000 bambini da 3 a 6 anni. Le librerie convenzionate offriranno a prezzi scontati i libri segnalati dalla Biblioteca. Sono state programmate ed inserite riunioni di genitori nelle scuole materne, pubbliche e private, per dare loro indicazione sul "cosa e sul come" leggere ad alta voce. Il finanziamento dell'iniziativa per l'anno 2000, già stato

definito e garantito, oltre che dall'ACP Romagna, dal Comune di Cesena e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena.

g.c. b.

## Bassano muoversi senza motore

*Nella Regione Veneto la mobilità cittadina rappresenta un problema prioritario per i suoi abitanti. L'ACP Jacopo da Ponte si è occupata di questo tema*

Nella Regione Veneto gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte dal 2° al 14° anno di età, con mortalità più elevata rispetto alla media europea e nazionale. Abbiamo deciso di avviare un progetto che avesse come obiettivo di sensibilizzare amministratori locali, genitori, bambini, ragazzi, insegnanti sui rischi per la salute legati ai percorsi dei centri abitati, focalizzando l'attenzione sulla necessità per i bambini di potersi muovere senza pericolo, per effettuare attività fisica all'aria aperta, e acquisire autonomia e capacità di orientarsi e identificarsi nel proprio territorio. Sono state avviate due indagini conoscitive, una fra i ragazzi della seconda media e una fra gli utenti degli ambulatori pediatrici. Ai ragazzi è stato somministrato un questionario anonimo. I genitori afferenti agli ambulatori hanno segnalato su foglietti prestampati, ostacoli o pericoli nel muoversi quotidiano. I foglietti sono raccolti in una bacheca che rimarrà esposta per 12 mesi. Dalle risposte dei ragazzi al questionario è emerso il loro desiderio di potersi spostare autonomamente in bicicletta; il 20% riferisce un incidente stradale; il 35% "un episodio di paura", per lo più riferita a comportamenti scorretti degli automobilisti.

I ragazzi conoscono i segnali stradali, ma il loro comportamento in strada non sempre è corretto; ritengono utile il casco ma non lo usano, chiedono maggior severità gli automobilisti e più piste ciclabili. I prestampati forniti dai genitori contengono più di 1.000 segnalazioni, complete di proposte. Gli utenti degli ambulatori pediatrici sono senz'altro sensibili ai temi proposti e hanno partecipato con entusiasmo. Particolare impegno è stato dedicato alla sensibilizzazione ed al coinvolgimento degli amministratori comunali. Il materiale elaborato sarà riportato su pianta e discusso con le amministrazioni comunali.

### ERRATA CORRIGE

*Sul numero 2 della rivista l'editore del libro "Leggere ad alta voce" è stato erroneamente indicato come Montari. Si tratta naturalmente di Mondadori.*

# ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**  
QT lungo e rischio di SIDS. Un mare di critiche  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Aggiornamento avanzato**  
HIV e allattamento al seno
- **Saper fare**  
Conoscere il Journal club
- **Il caso che insegna**  
Un bambino che sviene tre volte
- **Bambini con bisogni speciali**  
La condizione sociale influenza le diseguaglianze  
nella salute, anche in Italia
- **abc in pratica**  
Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"
- **Il punto su**  
Mangiare informati

# QT lungo e rischio di SIDS Un mare di critiche

Sergio Conti Nibali

Pediatra di base, Messina

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 38-39

Sulle "evidenze" a carico del problema SIDS rimandiamo all'articolo di R. Buzzetti e L. Ronfani su *Medico e Bambino* (2000;4:223). Qui raccogliamo le obiezioni che sono state rivolte al lavoro di P.J. Schwartz e coll. citato in bibliografia.

Ci siamo più volte occupati, su *Quaderni acp*, dell'articolo degli AA italiani (1) sui rapporti fra QT lungo e SIDS; il nostro dichiarato timore era - ed è - che di fronte alle evidenze di una significativa diminuzione dei morti per SIDS dopo l'introduzione della pratica del dormire a pancia sopra si andasse alla ricerca di nuove procedure di controllo della sindrome tralasciando una procedura che risultati ne aveva dati.

Ora vogliamo riassumere le numerose obiezioni metodologiche che il lavoro ha ricevuto nella stampa pediatrica americana, non senza ricordare che è sicuramente difficile ricordare un articolo, pubblicato con tanto risalto sulla prestigiosa rivista bostoniana *The New England Journal of Medicine* da "meritare" un editoriale ad hoc, che abbia causato una levata di scudi così clamorosa quanto quella prodotta dal lavoro di Schwartz e collaboratori (1).

Vediamo quindi per punti, da 1 a 10, il lavoro e le critiche.

**1.** L'articolo descrive i risultati di un lavoro della durata di 19 anni, durante i quali gli autori sono riusciti ad avere un follow-up ad un anno di 33.034 neonati sani, che sono stati sottoposti, in terza o quarta giornata di vita ad un ECG, per la misurazione del QT. Trentaquattro di questi neonati sono morti e, di questi, 24 per SIDS. I morti per SIDS avevano alla nascita un QT significativamente più lungo dei sopravvissuti ( $p < 0,01$ ) e dei 10 bambini morti per altre cause ( $p < 0,05$ ). Inoltre 12 dei 24 morti per SIDS e nessuno degli altri morti aveva un QT prolungato (definito come un QT più lungo di 440 msec.) e ancora 12 su 24 avevano un valore di QT che superava il 97,5 centile. L'odds ratio per SIDS nei neonati con QT lungo era di 41,3. Schwartz e collaboratori concludono dunque che un QT lungo nella prima settimana di vita è fortemente associato alla

SIDS e che uno screening neonatale elettrocardiografico potrebbe permettere una precoce identificazione di neonati a rischio e l'avvio di misure di prevenzione (beta-bloccanti nel primo anno di vita).

**2.** Towbin e Friedman (Houston) (2) nell'editoriale sottolineano che il lavoro documenta "strong clinical evidence of an association between SIDS and the long-QT syndrome". Nel contempo invitano alla cautela ritenendo prematura la raccomandazione di sottoporre a screening elettrocardiografico tutti i neonati per una serie di considerazioni che vanno dai costi (anche emozionali per i genitori dei "falsi positivi"), al monitoraggio degli effetti dei farmaci eventualmente prescritti. Tuttavia ritengono giustificato avviare lo screening nei soggetti a rischio (storia familiare di SIDS o di sindrome da QT lungo e bambini con episodi near-SIDS). Lanciano poi quasi un auspicio: che si possa in futuro avere a disposizione uno strumento da usare in ambulatorio per misurare il QT, al posto del normale elettrocardiografo; cosa che certamente a molti ha fatto ricordare i famigerati monitor per l'apnea che migliaia di famiglie hanno utilizzato non si sa bene con quale beneficio.

**3.** Lucey (3), Editor-in-Chief di *Pediatrics*, si dichiara scandalizzato dalla pubblicazione del lavoro e dall'editoriale e ritiene talmente pericoloso l'articolo che, nel timore che possa innescare "another misadventure" (chiara l'allusione ai monitor per l'apnea), afferma che merita una critica estremamente attenta e puntuale; invita perciò i maggiori esperti mondiali di SIDS a pronunciarsi.

**4.** R. J. Martin, M. J. Miller e S. Redline (Cleveland) (4) osservano:

a) lo studio ha escluso la maggioranza dei pretermine e dei neonati patologici che hanno un rischio di SIDS più alto; i risultati non sono quindi generalizzabili per i gruppi

a rischio più alto;

b) c'è un gap nella catena delle evidenze che il QT lungo provochi la SIDS; la provocherebbe tramite un'aritmia; tuttavia non esistono evidenze di aritmie in bambini morti di SIDS durante monitoraggio cardiorespiratorio, né sono state descritte in pazienti che hanno avuto una near-SIDS;

c) circa 800 sopravvissuti avevano avuto un QT elevato; il valore predittivo positivo è dell'1,5%; quindi il 98,5% dei positivi allo screening sarebbero falsi positivi.

**5.** W.G. Guntheroth e P. S. Spiers (Seattle) (5) fanno notare:

a) l'ipotesi che Schwartz porta avanti dal 1976 non ha avuto conferme "indipendenti" e vi sono quattro studi prospettici che la contraddicono;

b) non viene documentata mai un'aritmia ventricolare, il meccanismo che porterebbe a morte i soggetti con QT lungo;

c) due casi sarebbero da inquadrare nella vera sindrome del QT lungo e quindi non possono essere inclusi nella diagnosi di SIDS;

d) anche se l'ipotesi fosse ragionevole, è dimostrato che non esiste un significativo beneficio di alcun trattamento per la sindrome del QT lungo.

**6.** J. E. Hodgman e B. Siassi (Los Angeles) (6) rilevano:

a) i risultati devono essere confermati prima di accettare un QT lungo come marker di SIDS;

b) ulteriori ricerche dovrebbero meglio stabilire l'età ottimale per l'esecuzione del test;

c) l'associazione QT lungo-SIDS, ammesso che sia provata, non significa necessariamente relazione causa-effetto;

d) l'elevato numero di pazienti da trattare per evitare una SIDS sarebbe giustificato solo se si disponesse di un trattamento certamente efficace (come per qualsiasi screening).

**7.** J.I.E. Hoffman (San Francisco) e G. Lister (New Haven) (7) osservano:

a) vi sono numerose evidenze che escludono che i morti di SIDS abbiano avuto tachicardie ventricolari;

b) le autopsie sembrano evidenziare segni di ipossia cronica e ripetitiva e di ostruzione delle vie respiratorie;

c) il valore predittivo positivo del test è

talmente basso da non essere proponibile come screening.

**8.** S.L. Tonkin e P.M. Clarkson (Auckland) (8) affermano:

a) come gli stessi autori ammettono, vi sono numerosi problemi nella misurazione e nell'interpretazione di un tracciato per la diagnosi di QT lungo quali l'inclusione dell'onda U, la variazione del QT in rapporto a quella del ritmo;

b) gli autori non danno informazioni dettagliate che consentano di accettare con certezza la causa della morte o di conoscere altri parametri sinora considerati rilevanti (fumo della madre, postura al momento della morte, ecc.);

**9.** D.C. Shannon (Boston) (9) dice:

a) nessuno dei casi aveva mai avuto sintomi che potessero suggerire disturbi del ritmo;

b) la metodica di valutazione del QT rende difficile il confronto con altri studi;

c) gli autori non dicono se i tracciati venivano letti in cieco;

d) il numero di falsi positivi è inaccettabile.

**10.** D. P. Southall (10) osserva:

a) i dati epidemiologici del database sono carenti, visto che i soggetti in studio sono nati in 9 maternità diverse, sparse sul territorio italiano; ad esempio non si sa quanti neonati (e perché) sono stati esclusi dallo studio;

b) la valutazione dell'ECG descritta non è riproducibile e non si sa se il tracciato è stato letto in cieco;

c) non è chiaro se sempre, nel corso dei 19 anni dello studio, le cause di morte siano state accertate allo stesso modo. ■

#### Bibliografia

(1) Schwartz P. J., Stramba-Badiale M., Segantini A. et al. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome *NEJM* 1998;338:1.709

(2) Towbin J.A., Friedman R.A. Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome (Editorial) *NEJM* 1998;338:1.760

(3) Lucey J.F. Comments on a Sudden Infant Death Article in Another Journal *Pediatrics* 1999;103:812

(4) Martin R.J., Mille M.J. and Redline S. Screening for SIDS: A Neonatal Perspective *Pediatrics* 1999;103:812

(5) Guntheroth W.G. and Spiers P.S. Prolongation of the QT Interval and the Sudden Infant Death Syndrome *Pediatrics* 1999;103:813

(6) Hodgman J.E. and Siassi B. Prolonged QTc as a Risk Factor for SIDS *Pediatrics* 1999;103:814

(7) Hoffman J.I.E. and Lister G. The Implications of a Relationship Between Prolonged QT Interval and the Sudden Infant Death Syndrome *Pediatrics* 1999;103:815

(8) Tonkin S.L. and Clarkson P.M. A View From New Zealand: Comments on the Prolonged QT Theory of SIDS Causation *Pediatrics* 1999;103:818

(9) Shannon D.C. Method of Analyzing QT Interval Can't Support Conclusions *Pediatrics* 1999;103:819

(10) Southall D.P. Examine Data in Schwartz Article With Extreme Care *Pediatrics* 1999;103:819

## short Celiachia: novità dalla Svezia

In Svezia esiste un registro dei celiaci dal 1991; ci sono dati di popolazione retrospettivi, ma molto attendibili, dal 1973; ambedue i dati (complessivamente 2.151 bambini) con diagnosi su sintomi e non su screening. Relativamente all'andamento annuale i dati sono molto disomogenei: dal 1985 al 1987 l'incidenza sotto i 2 anni di età era di 200-240/100.000; dal 1995 l'incidenza è caduta a 50-60/100.000. C'è stato "qualcosa" che ha funzionato da preventivo? Potrebbe essere pensabile. Sono stati indagati alcuni fattori presumibilmente protettivi: dal 1980 al 1995 l'allattamento al seno a 6 mesi è passato dal 37% al 76%; il consumo di glutine da 25 g./die/bambino a 38 g./die/bambino (questo dato però è indiretto e ricavato dal mercato dei prodotti con glutine per il divezzamento diviso per il numero dei bambini di età inferiore a 2 anni); il divezzamento è stato portato dal 4° al 6° mese e, di fatto, è stato condotto quando il 76% dei bambini era ancora



allattato al seno. Centottanta (240-60) bambini svedesi su 100.000 per anno "se la sono scampata" oppure la comparsa dei sintomi è stata solo ritardata da questi provvedimenti? Un commento di Troncone-Greco-Auricchio al lavoro (pag. 140 dello stesso numero) solleva le perplessità che abbiamo sopra espresso sul consumo di glutine e sulla possibilità di una comparsa tardiva. Ma l'obiettivo di una più alta incidenza di allattamento al seno sembra, in ogni caso, ragionevole.

A. Ivarsson Epidemic of celiac disease in Swedish children *Acta Paediatr* 2000; 89:165

**Parole chiave** Allattamento al seno, Celiachia, Epidemiologia

*g.c. b.*

## PFAPA

Una patologia di interesse per il pediatra ambulatoriale

*m.g. l.*

**Background** Gli AA dell'articolo all'interno di un gruppo di bambini con febbre ricorrente hanno identificato e descritto per la prima volta nel 1987 una sindrome cronica caratterizzata da febbre alta periodica (ogni 3-8 settimane), stomatite aftosa, faringite e linfadenite (dalle iniziali: PFAPA). Dopo questa descrizione gli AA sono diventati punto di riferimento per la valutazione di bambini con febbre ricorrente e hanno istituito un registro delle PFAPA in cui hanno incluso, oltre i casi valutati direttamente, anche quelli segnalati da colleghi o da genitori di bambini affetti.

**Obiettivi** Descrivere il quadro clinico, il decorso, la risposta ai farmaci e il follow up a lungo termine dei pazienti affetti da PFAPA per verificare i criteri diagnostici proposti dagli stessi AA nel 1989.

**Setting** Dipartimenti di pediatria, immu-

nologia, reumatologia e malattie infettive dell'Università di Vanderbilt, Nashville, Tennessee e Dipartimento di pediatria dell'Università di Connecticut, Farmington, Connecticut.

**Metodi** Dal registro delle PFAPA (176 bambini) gli AA hanno incluso in questo studio 94 bambini in cui la diagnosi di PFAPA era ben documentata. Cinque bambini sono stati esclusi per la successiva diagnosi di altre cause di febbre periodica e 77 perché le informazioni sulla periodicità degli episodi o sullo stato di salute nei periodi intercritici erano incomplete. Tre pazienti erano residenti all'estero (Svezia, Italia e Arabia Saudita) e gli altri in 22 Stati USA, la maggior parte negli Stati in cui è stato effettuato lo studio. Di questi bambini erano registrate informazioni demografiche, anamnesi familiare e perinatale, caratteristiche del quadro febbrile, sintomi associati, quadro clinico e dati di laboratorio.

Il follow up di valutazione a dieci anni dall'inizio dello studio è stato fatto mediante intervista strutturata telefonica ai genitori (83 *responder*) mirata a conoscere le caratteristiche degli episodi febbrili e dei sintomi associati, l'accrescimento, la performance scolastica e le interazioni sociali dei bambini. Ai genitori è stata chiesta anche una valutazione soggettiva della risposta alle terapie effettuate, da inefficace a molto efficace, secondo una score da 1 a 4. Le terapie considerate erano: glucocorticoidi, cimetidina, ibuprofene, aspirina, acetaminofene, antibiotici, colchicina, acyclovir e tonsillectomia con o senza adenoidectomia.

**Risultati** L'età media all'esordio era 2,8 anni (2,4-3,3), la durata media degli episodi di 4,8 giorni (4,5-5,1), i giorni con temperatura maggiore di 38,3°C erano in media 3,8 (3,5-4,1) e gli episodi ricorrevano a una media di 28,2 giorni (26,0-30,4).

**Sintomi** Tra i sintomi riferiti dai genitori i sintomi diagnostici della malattia (faringite, stomatite aftosa, linfadenomegalia e brividi) apparivano dal 67% al 80%.

Altri sintomi segnalati frequentemente erano cefalea (65%) e lieve dolore addominale (45%).

**Esami di laboratorio e diagnostica per immagini** Durante gli episodi febbrili gli unici dati di laboratorio alterati erano la VES (in media 41) e la presenza di leucocitosi (in media 13.000 bianchi con 42% di neutrofili). Nell'emocromo non si evidenziavano altre alterazioni significative. Negative pure le colture del faringe, del sangue e delle urine e la sierologia per ANA, FR e TAS. Le sottopopolazioni di T-linfociti nei 12 pazienti in cui sono state studiate erano normali. I livelli di IgD erano normali nei 15 bambini in cui sono state dosate. Sempre nella norma le radiografie (torace, seni paranasali, apparato gastrointestinale), le TAC (cranio e addome) e le scintigrafie ossee.

**Follow up** Al follow up la durata degli episodi e le caratteristiche cliniche apparivano simili a quelle riportate inizialmente nel registro. Gli intervalli tra gli episodi erano più lunghi rispetto ai dati iniziali, in media 41,2 giorni (29,8-50,6), e in un sottogruppo con PFAPA non guarita e presente da più di 6,8 anni l'intervallo in media era 117,5 giorni. Nessun bambino ha presentato problemi di crescita e i problemi neurocomportamentali non erano più frequenti che nella popolazione di riferimento.

**Risposta a terapia** La valutazione dell'efficacia delle terapie è stata richiesta ai genitori e ha dato i seguenti risultati: la riduzione temporanea della temperatura si otteneva nel 6% dei bambini che prendevano acetaminofene e nel 33% di quelli che assumevano ibuprofene. Tutti i pazienti non avevano risposto a terapie antibiotiche. I pochi pazienti trattati con aspirina o con acyclovir o con colchicina non hanno tratto alcun giovamento. Il 76% dei 49 pazienti trattati con prednisone o prednisolone (1-2 mg/kg/die) per uno o due giorni hanno presentato una drammatica risoluzione dei sintomi, ma 9 famiglie hanno segnalato che dopo il successo gli episodi diventavano più frequenti. Dei 28 pazienti trattati con cimetidina (150 mg per 2/die per 6 mesi) 8 sono guariti. Degli 11 pazienti sottoposti a tonsillectomia 7 sono guariti (64%) e 2 hanno ridotto la frequenza degli episodi. Di tutti i bambini che hanno risposto al follow up 34 non presentavano episodi da più di un anno dopo una durata della malattia in

media di 4,5 anni. Due pazienti continuavano ad avere gli episodi dopo 17 anni.

**Conclusioni** La PFAPA è una causa frequente di febbre periodica tra i bambini valutati dagli AA per febbre ricorrente. Di tutti i bambini descritti nessuno ha presentato sequele. Il cortisone è molto efficace nel controllare i sintomi. L'efficacia della cimetidina o della tonsillectomia sulla risoluzione completa della PFAPA è stata dimostrata, ma è stata praticata solo su un piccolo numero di pazienti. La remissione sembra preceduta da una minore frequenza degli episodi. Gli AA concludono che lo studio conferma i criteri diagnostici da loro proposti nel 1989; tuttavia propongono che siano modificati escludendo la VES alta e la leucocitosi (per la bassa specificità) e aggiungendo la necessità di valutare una eventuale neutropenia ciclica, che negli episodi non complicati è indistinguibile dalla PFAPA (per escludere la neutropenia ciclica la conta leucocitaria va controllata durante un episodio febbrile e nel periodo intercritico due volte/settimana per due settimane *ndr*). I criteri diagnostici sono quindi:

1. episodi di febbre regolarmente ricorrenti ad insorgenza prima dei 5 anni;
2. sintomi generali in assenza di infezione delle alte vie respiratorie con almeno uno dei seguenti segni clinici: stomatite aftosa, linfadenite cervicale e faringite;
3. esclusione di neutropenia ciclica;
4. intervalli tra gli episodi completamente asintomatici;
5. crescita e sviluppo normali.

Secondo gli AA se si utilizzano i criteri diagnostici proposti la diagnosi è facile e le patologie che classicamente entrano in diagnosi differenziale (febbre familiare mediterranea, iper-IgD, artrite reumatoide giovanile a insorgenza sistemica, febbre familiare iberniana) facilmente distinguibili.

**Commento** Molto utile la puntualizzazione delle caratteristiche discriminatorie per la diagnosi: la periodicità regolare degli episodi di febbre alta ad esordio improvviso della durata di 3-6 giorni e il completo benessere tra gli episodi. Criteri che permettono di distinguere nettamente il bambino con PFAPA dal numeroso grup-

po di bambini con infezioni respiratorie ricorrenti. Questo inquadramento diagnostico ci permette di fornire una corretta informazione ai genitori sulla benignità della sindrome, sulla inutilità di accanimenti diagnostici e di antibioticoterie, sull'efficacia sui sintomi del cortisone e sulla possibile risoluzione della sindrome con la tonsillectomia. Per le caratteristiche dello studio, basato soprattutto su dati riportati anamnesticamente dai genitori, la descrizione dei segni obiettivi principali della malattia è imprecisa e andrebbe sviluppata con successivi studi a setting territoriale. Nello stesso numero in cui è pubblicato quest'articolo un editorialista del *Journal of Pediatrics* dà un contributo critico a partire dalla sua esperienza personale: le afte della PFAPA sono di diametro inferiore a 5 mm., non raggruppate e in fase di preulcerazione il giorno in cui inizia la febbre, a differenza delle afte della stomatite aftosa ricorrente che sono poche, larghe, profonde, molto dolorose e spesso insorgono dopo un fattore scatenante identificabile. La faringite è sempre senza essudato, con tonsille simmetriche e poco aumentate di volume, che si normalizzano negli intervalli. L'adenite cervicale è di rapida comparsa e regressione, moderatamente dolente, bilaterale, non maggiore di 5 cm di diametro, non rossa, né calda, né fluttuante.

Sempre nella stessa rivista (pag. 98-101) un articolo di Padeh e collaboratori (autori israeliani) che descrive 28 casi di PFAPA suggerisce di aggiungere tra i criteri diagnostici della sindrome la pronta risposta (entro 2-4 ore) ad una sola dose di cortisone (prednisone 2 mg/kg). Anche in questo studio l'uso del cortisone in 4 dei 28 bambini trattati era associato ad aumento della frequenza degli episodi (fenomeno che merita un ulteriore approfondimento). Nella casistica di questi autori la tonsillite è con essudato, e le IgD sieriche sono state trovate aumentate (140,2 +/- 62,4 U/ml) in 12 dei 18 pazienti in cui sono state dosate. In *Medico e Bambino* (1999;18:506) Lepore e Tommasini descrivono diversi casi di *febbre immunologica ricorrente* nello stesso gruppo con le PFAPA oltre che per la comune ipotizzata patogenesi (iper-risposta citochinica a stimoli banali, adenovi-

rus, ecc.), per la comune prognosi e terapia. In questa definizione includono: "un gruppo di sindromi, simili tra loro, accomunate dalla natura *innocente* (fatta eccezione per la febbre familiare mediterranea), autolimitata, che guariscono con l'età e la maturazione immune o con l'ablazione del sistema immunitario ipertrofico e iperreattivo, nonché dall'ottima risposta al trattamento cortisonico monodose". Lepore e Tommasini ci danno di sicuro un più ampio quadro delle febbri immunologiche (alle quali da anni il professor Panizon ci ha insegnato a pensare) che include anche forme che necessitano di un iter diagnostico più approfondito rispetto a quello consigliato dagli AA dell'articolo sulle PFAPA che hanno l'obiettivo di riverificare i criteri diagnostici ambulatoriali della PFAPA.

Prendendo spunto da questo complesso di studi alcuni gruppi ACP stanno pensando di avviare una indagine a setting ambulatoriale sulla PFAPA.

*K. Tyson Thomas* Periodic fever syndrome in children *J of Pediatr* 1999;135:15

**Parole chiave** Febbre periodica, PFAPA



# HIV e allattamento al seno

Paolo G. Miotti

National Institute of Allergy and Infectious Diseases Division of AIDS, Bethesda (USA)

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 42-44

*La raccomandazione fornita alle donne con infezione da HIV di non allattare al seno, in generale seguita nel mondo industrializzato, è poco praticabile nei paesi in via di sviluppo dove l'allattamento al seno resta tuttora la modalità pressoché universale di nutrizione in età infantile.*

Più di mezzo milione di bambini acquisiscono dalle madri ogni anno l'infezione da HIV (1). Si ritiene che la frazione maggiore della trasmissione materno-infantile dell'HIV avvenga nel periodo perinatale, una frazione minore in utero e una considerevole attraverso l'allattamento al seno.

Grazie all'uso diffuso di farmaci antiretrovirali (2) si è ottenuta un'ampia diminuzione della trasmissione perinatale dell'HIV, ma gli stessi regimi terapeutici sono da molti considerati troppo complessi e costosi nei paesi in via di sviluppo.

Nei paesi industrializzati il tasso di trasmissione materno-infantile dell'HIV è sceso a meno del 5% (3, 4) e ulteriori riduzioni o addirittura l'eliminazione della trasmissione sono ora considerati un obiettivo raggiungibile. Al contrario, in assenza di specifiche forme di intervento, la trasmissione perinatale nei paesi in via di sviluppo non ha subito significative variazioni dal 25-30%. Per di più, il tasso di infezione da HIV è in aumento nelle donne che vivono a sud del Sahara, che costituiscono il 55% dei 23.3 milioni di persone oggi sieropositive, secondo le attuali stime (1). Anche se fossero adottati su larga scala regimi di farmaci antiretrovirali per via orale (5), nel caso di donne che allattano ogni possibile riduzione della trasmissione in utero e intrapartum sarebbe annullata dall'esposizione all'HIV attraverso il latte materno, che potrebbe quindi essere responsabile di infezione in lattanti sani alla nascita.

La possibilità di trasmissione dell'HIV tramite il latte materno è stata ampiamente provata (6). I principali fattori che influenzano il rischio di trasmissione attraverso l'allattamento al seno sono il titolo virale nel latte materno, la risposta immunitaria locale diretta verso l'HIV e la presenza nel latte di sostanze anti-infettive quali lattoferrina e proteine. Il numero di studi che hanno docu-

mentato con precisione i fattori di rischio legati all'allattamento al seno è tuttora molto ridotto. È inoltre difficile ottenere una stima precisa della proporzione di HIV la cui trasmissione è attribuibile al latte materno a causa di differenze metodologiche fra i vari studi, che ad esempio includono nello stesso gruppo bambini con diversa durata dell'allattamento. Una meta-analisi diversi anni fa ha quantificato in 14% il rischio aggiuntivo attribuibile all'allattamento al seno (7). Un raddoppio del rischio totale di trasmissione è un'approssimazione spesso usata quando si determina il rischio totale di trasmissione in donne che allattano al seno, rispetto a donne che non allattano al seno.

Condizione primaria per creare razionali interventi preventivi è conoscere la distribuzione di tale rischio nei vari intervalli di tempo più che il rischio assoluto di trasmissione durante l'intero allattamento. Il rischio di trasmissione nelle prime settimane di vita non è facile da stabilire poiché l'infezione neonatale intra-partum e quella che si verifica nell'immediato periodo post-natale non possono in pratica essere distinte, per lo meno con studi di osservazione. Questo rischio può essere distinto e quantificato con trial clinici che paragonino il tasso d'infezione da HIV in bambini allattati al seno con quello di bambini allattati artificialmente. Dati di un trial effettuato in Kenya indicano che una larga parte della trasmissione post-natale avviene nei primi mesi di vita (fino a 75% entro i primi tre mesi) (8).

Gli interventi presi in considerazione per prevenire la trasmissione materno-infantile dell'HIV attraverso l'allattamento al seno includono lo svezzamento precoce, l'uso di sostituti del latte, e l'attuazione di semplici regimi anti-retrovirali di varia durata durante il periodo post-natale e l'allattamento esclusivo al seno. Le raccomandazioni diffuse dagli

Per corrispondenza:  
Paolo G. Miotti  
E-mail: pm122m@nih.gov

organismi sanitari internazionali rispecchiano le incertezze e il lento accumulo di conoscenze in questo campo. Nel 1987 e nel 1992 il Programma Globale sull'AIDS dell'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandava l'allattamento al seno a tutte le donne, sieropositive e sieronegative, nei paesi con alto tasso di mortalità infantile dovuta a diarrea o altre infezioni. Tuttavia nel 1998 tale raccomandazione era sostituita con una che offriva alle donne un test dell'HIV (HIV testing and counseling) e le informava del rischio di trasmissione dell'HIV attraverso l'allattamento al seno. Un enorme ostacolo nel mettere in pratica questa prassi consiste nel fatto che in paesi in via di sviluppo molte donne non hanno accesso ad alcun test di laboratorio per l'HIV.

Trial controllati effettuati con brevi cicli di zidovudina in paesi in via di sviluppo hanno sottolineato la difficoltà di ottenere drastiche diminuzioni del tasso di trasmissione perinatale dell'HIV in paesi in cui l'allattamento al seno costituisce la norma. Studi condotti in Asia (Thailandia) e in Africa (Costa d'Avorio e Burkina Faso), utilizzando il medesimo regime di zidovudina hanno mostrato in donne di Bangkok (Thailandia) che usavano l'allattamento artificiale una diminuzione del tasso di trasmissione materno-fetale del 50% (9), contro una diminuzione del 37% in Costa d'Avorio (10) e Burkina Faso (11) in donne che allattavano al seno.

Un'altra variabile che può rivelarsi importante nella valutazione del rischio di trasmissione materno fetale dell'HIV è la modalità della nutrizione al seno. Ciò è

stato messo in evidenza in uno studio prospettico condotto in cliniche pre-natali urbane a Durban, Sud Africa, e apparso su *The Lancet* nella seconda metà del 1999 (12). In questo studio effettuato su 549 bambini nati da madri sieropositive i bambini che ricevevano un allattamento al seno esclusivo avevano una probabilità di infezione (diagnosi effettuata con HIV RNA PCR) significativamente inferiore (14.6%) di quella di bambini con alimentazione mista (24.1%) e paragonabile a quella di bambini mai allattati al seno (18.8%). È da notare che, in tale studio, l'allattamento al seno esclusivo era definito come "solo e unicamente allattamento al seno" senza aggiunta di alcun altro liquido, acqua inclusa, o alimento. Il fondamento biologico di questo possibile effetto protettivo dell'allattamento esclusivo al seno sarebbe, a parere degli autori del lavoro, la presenza nel latte materno di fattori di crescita che favorirebbero la maturazione nel bambino della barriera epiteliale intestinale e, in tal modo, ostacolerebbero il passaggio del virus verso altri tessuti. Al contrario, bambini che ricevono altre sostanze in aggiunta al latte (alimentazione mista) sarebbero esposti tramite l'ingestione di acqua, altri fluidi o sostanze solide potenzialmente contaminate, al rischio di lesioni della mucosa intestinale, alterazioni delle barriere immunitarie e passaggio del virus nell'organismo. È infatti noto da parecchio tempo che squilibri nutrizionali anche minimi possono danneggiare la mucosa intestinale. Gli autori dello studio, in attesa di ulteriori ricerche, chiedono un'urgente revisione delle raccomandazioni internazionali sulla pratica dell'allattamento al seno per le donne infette da HIV nei paesi in via di sviluppo, poiché se i risultati del loro studio saranno confermati l'allattamento al seno esclusivo, almeno per i primi tre mesi (il tempo analizzato nella loro pubblicazione), in questi paesi può rappresentare un metodo sostenibile, culturalmente accettabile ed efficace per ridurre la trasmissione materno-infantile dell'HIV. Nonostante l'ovvia attrattiva di questi risultati, diversi aspetti di questo studio sono stati oggetto di critiche da parte dei ricercatori di quest'area scientifica (13). I potenziali problemi dello studio

sudafricano sono la possibilità di un insufficiente numero di campioni precoci di latte, la sensibilità subottimale del test diagnostico di infezione del bambino (RNA PCR) per i sottotipi HIV non-B (in Sud Africa il sottotipo più comune è il C, ma i kit diagnostici sono ottimizzati per il B) e la possibilità di erronea classificazione di bambini con allattamento misto e allattamento artificiale. Altre critiche rivolte allo studio riguardano le modalità di infezione in alcuni bambini mai allattati al seno con tardiva (anche a tre mesi) comparsa di positività al test per l'HIV. Gli studi che hanno cercato di chiarire la distribuzione temporale dell'infezione post-natale da HIV sono complicati dalla difficoltà di ottenere frequenti campioni di sangue infantile per il test HIV PCR. Per confermare i risultati di Durban sono necessari test più frequenti e un follow-up superiore ai tre mesi.

A parte i problemi metodologici, debbono essere valutati diversi problemi pratici e di politica sanitaria. Se le future raccomandazioni in popolazioni ad alta prevalenza di HIV saranno di un allattamento esclusivo al seno associato a uno svezzamento precoce e totale, saranno tali raccomandazioni accettabili in popolazioni in cui l'allattamento al seno continua di norma per molti mesi e fornisce un supplemento nutrizionale in bambini già svezzati? Inoltre, lo svezzamento precoce avrebbe comunque poco effetto nel ridurre il tasso d'infezione post-



natale da HIV se questo tasso d'infezione è, come documentato da altri studi, più alto nei primi mesi di vita. Ad esempio, in uno studio in Malawi (14) lo svezzamento precoce a quattro o sei mesi avrebbe eliminato solo una metà delle infezioni post-natali da HIV osservate (lo studio non richiedeva tuttavia l'allattamento al seno esclusivo, usato invece nello studio in Sud Africa). Nell'attesa di solide conferme, rimane tuttora non provata l'ipotesi che l'allattamento esclusivo al seno, con le modalità seguite nello studio in Sud Africa, sia un approccio utilizzabile per prevenire la trasmissione post-natale dell'HIV nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo. Inoltre, altri fattori strettamente legati all'allattamento al seno vanno investigati ulteriormente. Per esempio, uno studio recente ha ipotizzato un ruolo della mastite materna, conclamata o subclinica, nell'aumentare il rischio di trasmissione dell'HIV (15). Nel pianificare le strategie per la prevenzione della trasmissione post-natale dell'HIV, bisogna raggiungere un equilibrio tra i ben noti benefici dell'allattamento al seno (eccellenza nutrizionale, riduzione di morbilità e mortalità, benefici psicologici, effetto contraccettivo) e un rischio di trasmissione dell'HIV che sembra di entità non trascurabile. Dati del recente trial con nevirapina in Uganda (5) suggeriscono una persistenza dell'effetto protettivo nel periodo post-natale, ma la sua durata durante l'allattamento non è stata stabilita. Dopo la sorprendente efficacia mostrata da tale semplice regime di nevirapina (una dose alla madre al parto e una al bambino nelle

prime 48 ore) nella riduzione della trasmissione in-utero e intraparto (5) sono in preparazione altri trial di nevirapina di durata variabile durante l'allattamento al seno. Se l'immediato periodo post-natale si confermerà critico, un numero limitato di dosi di nevirapina potrebbe essere sufficiente a proteggere il bambino in questo periodo ad alto rischio. ■

**Bibliografia**

- (1) AIDS Epidemic Update December 1999, UNAIDS
- (2) Mofenson, LM. Short Course zidovudine for prevention of perinatal infection *Lancet* 1999;353:766
- (3) Cooper ER, Nugent RP, Diaz C et al. After ACTG 076: the changing pattern of zidovudine use during pregnancy, and the subsequent reduction of the vertical transmission of HIV in a cohort of infected women and their infants *J Infect Dis* 1996;174:1207
- (4) Fiscus SA, Adimora AA, Schoenbach VJ et al. Trends in HIV counselling, testing and antiretroviral treatment of HIV-infected women and perinatal transmission in North Carolina *J Infect Dis* 1999;180:99
- (5) Guay LA, Musoke P, Fleming T et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial *Lancet* 1999;354:795
- (6) John GC, Kreiss. Mother-to-child transmission of HIV-1 *Epidemiol Rev* 1996;18:149
- (7) Dunn DT, Newell MN, Ades AE et al. Risk of HIV-1 transmission through breastfeeding *Lancet* 1992;340:585
- (8) Nduati R. Clinical studies of breast vs formula feeding. Second Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants, Montreal, Canada, September 1-6, 1999; Abstract 047.
- (9) Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial *Lancet* 1999;353:773
- (10) Wiktor S, Ekpini E, Karon JM et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomized trial *Lancet* 1999;353:781
- (11) Dabis F, Msellati P, Meda N et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo controlled multicenter trial. *Lancet* 1999;353:786
- (12) Coutoudis A, Pillay K, Spooner E et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study *Lancet* 1999;354:471
- (13) Infant feeding patterns and HIV-1 transmission. *Lancet* 1999;354:1901 (Letters)
- (14) Miotti PG, Taha ET, Kumwenda NI et al. HIV transmission through breastfeeding. A study in Malawi. *JAMA* 1999;282:744
- (15) Semba RD, Kumwenda N, Hoover D et al. HIV load in breast milk, mastitis and mother-to-child transmission of HIV-1 *J Infect Dis* 1999;180:93

**La genetica raccontata da Paolo Durand**

Paolo Durand, uno dei grandi genetisti clinici italiani, si affaccia alla ribalta con un libro in cui scrive: "non so da chi sarà letto".

Questa felice incertezza nella confezione ha reso il volumetto assai gradevole e leggibile perché inserisce riposanti intermezzi di racconto fra la trattazione della clinica della genetica medica. Durand è stato primario al "Gaslini" al quale ha fatto dono dei suoi allievi migliori; è stato Direttore scientifico dei due maggiori istituti pediatrici, il "Gaslini" dei tempi d'oro ed il "Bambino Gesù".

È ... "mancato" come professore universitario; si legge in *Camici e Pigiami* che ciò è accaduto forse perché egli era troppo bravo. Deliziosi i siparietti di Durand: a partire dalle lotte di Watson e Crick (di cui ci racconta l'ecletticità e la fantasiosità) contro la dark lady del DNA Rosalind Franklin, che forse ha avuto più meriti nella scoperta dell'elica di quanto dicano i suoi più famosi collaboratori.

Agili i brevi racconti dei suoi rapporti con Ochoa, con Cori (quello del ciclo), con Kari Steffanson (quello del progetto Islanda), col grande Guido Fanconi e con i suoi allievi e con tutta la genetica mondiale.

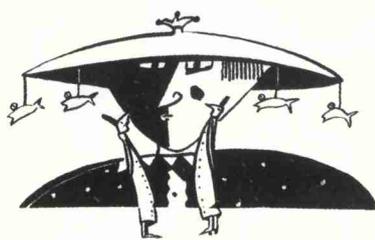
Non manca la clinica e la biologia ovviamente: le tecniche molecolari, il DNA mitocondriale, l'amplificazione, l'imprinting, i geni contigui, geni e intelligenza (di cui l'A ha scritto anche su questa rivista), geni e tumori e così via. È infatti un piccolo trattato di genetica.

Utilissimo alla fine un indirizzario delle sedi ove si studiano i singoli gruppi di affezioni; gli indirizzi rispondono alla domanda del pediatra: "ma questo bambino dove lo mando?".

Del resto, sempre alla ricerca dell'utilità, qualche anno fa Paolo Durand aveva redatto un indirizzario degli esami di genetica medica e dei laboratori che li eseguivano per rispondere, allora, all'altra domanda: "ma questo esame chi me lo fa?".

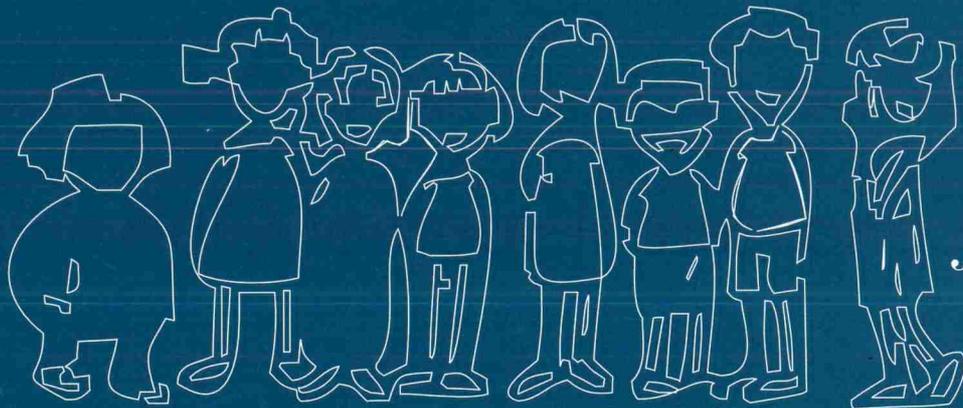
**Paolo Durand**

*Come il DNA può cambiarci la vita*  
Editeam Bologna, pp. 125, Lit. 45.000



*Pantagruele ascolta i due litiganti*

# 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 contribuisce 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](http://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.

# Conoscere il Journal Club

Rosario Ferracane

Pediatra di base, Castelvetro (TP)

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 46-47

*L'articolo propone obiettivi, regole e cadenze di un valido strumento della formazione permanente: il Journal Club*

Uno degli strumenti della formazione permanente, particolarmente adatto all'esperienza di un gruppo di pari, è il Journal Club. Si può definire come un'attività di formazione basata sulla esposizione programmata, e successiva discussione, di ricerche originali (quantitative o qualitative) o rassegne comparse sulla letteratura nell'ultimo anno.

Ha diversi obiettivi:

- seguire nel tempo lo svolgimento della ricerca e acquisire conoscenze riguardo alle novità significative (*obiettivi informativi*);
- confrontarsi con altri che condividono affinità culturale ed esperienza professionale, contribuendo a superare l'isolamento derivante dall'attuale organizzazione del lavoro, almeno per la maggior parte dei pediatri di base (*obiettivi partecipativi*);
- trasferire nella pratica il contenuto "condiviso" e "possibile" della ricerca (linee guida, procedure condivise) (*obiettivi decisionali*).

## Com'è fatto un Journal club

Fanno parte del Journal club il gruppo dei revisori/ascoltatori e le riviste da recensire. Qual è il numero giusto del gruppo? Probabilmente tra le 10 e le 20 persone. È auspicabile che il livello di cultura sia relativamente omogeneo, può essere invece utile la presenza di professionalità diverse. Si possono utilizzare riviste di tipo diverso: di ricerca pura (*Ped. Research*), di ricerca applicata (*Pediatrics*, *Arch. Dis. Child.*, ecc.), di aggiornamento (*Ped. Clin. N. A.*, *Prospettive in Ped.*).

## Le regole del Journal club

È importante rispettare alcune regole. Il luogo, l'ora (di inizio e di chiusura), il giorno e la frequenza vanno fissati all'inizio e mantenuti costanti, almeno per un certo periodo.

Le riviste vengono attribuite o si attua una scelta libera. Può essere opportuno effettuare

degli abbonamenti comunitari, se non si ha vicino una biblioteca fornita. Vari possono essere i criteri di scelta delle recensioni: interesse del recensore, caso clinico occorso, epidemiologia, ecc. Le recensioni esposte potrebbero essere mediamente tre per volta, però è meglio non fissare limiti di tempo per ognuna. Talvolta si fa in tempo ad affrontare più argomenti, può capitare che l'interesse per un tema prenda tutto il tempo. L'esposizione, che potrebbe giovare di supporto visivo (lavagna luminosa), dovrebbe seguire lo stesso percorso utilizzato nella pubblicazione di una ricerca: obiettivi, setting, metodi, risultati, conclusioni degli autori. Nel caso di recensione di una rassegna devono essere evidenziati: obiettivi, fonti, argomentazione e conclusioni degli autori. Seguono la discussione e le conclusioni del gruppo. È utile preparare, oltre ai lucidi, una copia della recensione e una dell'articolo recensito da distribuire ai partecipanti. Nel tempo formeranno una raccolta, un archivio del lavoro svolto a cui ciascuno potrà ricorrere. Le conclusioni modificano il comportamento quotidiano? Se la risposta è affermativa, si possono tradurre in linee guida o in una procedura condivisa. Le prime riguardano un protocollo più ampio e articolato (infezioni vie urinarie), la seconda un'indagine diagnostica o un comportamento terapeutico più circoscritti (lettura della Mantoux, dosi e tempi di trattamento dell'infezione tubercolare senza malattia). Hanno una ricaduta diretta sulla pratica quotidiana e sui comportamenti del gruppo. Vanno però elaborate con rigore valutando la "fondatezza relativamente alle prove e alle evidenze", la "fattibilità nel caso singolo", "economicità/benefici" e i "rischi" (*Quaderni acp 1997;2:36*). Linee guida e procedure condivise vanno rivalutate periodicamente dal gruppo riguardo alla correttezza, applicabilità e risultati.

Per corrispondenza:  
Rosario Ferracane  
E-mail: ferrosario@tiscalinet.it

### Gerarchia della comunicazione nella didattica

È la discussione nel gruppo che caratterizza la formazione nel Journal Club differenziandola dalla lettura e riflessione personale. I processi di comunicazione nell'attività didattica di gruppo sono stati analizzati da J.K. Liss. Egli distingue ai due estremi la *Pura gerarchia* (Figura 1) e la *Pura mutua partecipazione* (Figura 2). Nel primo tipo di comunicazione, che si realizza ad esempio nella lettura magistrale in un congresso, tutta l'iniziativa è presa dal leader/oratore e non si stabilisce da parte dei subordinati/ascoltatori né una risposta al leader, né una comunicazione tra loro. Sull'altro versante solo il "facilitatore", se lo si usa, coordina la comunicazione e i membri dibattono elaborando proposte e conclusioni. È quanto si verifica proprio nel Journal club. Nei congressi ci possono essere modelli diversi. Le domande alla fine delle relazioni configurano una comunicazione di ritorno verso il leader/relatore e i gruppi di lavoro consentono spesso una moderata comunicazione tra i membri (*Misto di gerarchia e mutua partecipazione* di J. K. Liss), (Figura 3). Tuttavia è indubbio che il modello prevalente è quello della comunicazione unilaterale.

### Conclusioni

Il Journal club è un'attività di formazione che prevede la partecipazione attiva dei membri. Essa si esprime nella condivisione del ruolo di recensore che a turno assumono e nella partecipazione alla discussione e alle conclusioni del gruppo. La funzione del "facilitatore" (non obbligatoria) è quella di coordinare la discussione regolandola e cercando di mantenerla aderente al tema dibattuto. Il ruolo del "conclusore" è di stimolo a formulare delle conclusioni da trasferire possibilmente nella pratica.

Le conseguenze di questa attività hanno ricadute non solo sul *sapere*, ma anche sul *saper fare* e sul *saper essere* (competenza, sicurezza, capacità di porsi davanti al paziente). Si impara principalmente essendo soggetti attivi nella formazione e anche insegnando: il Journal Club lo consente. ■

Figura 1. Pura gerarchia

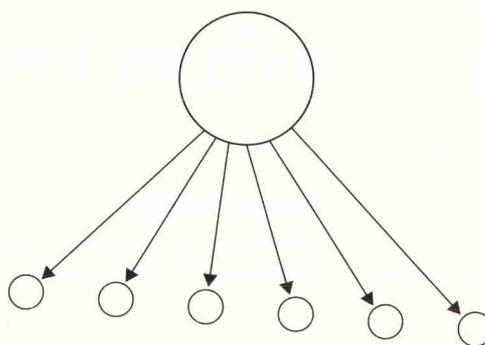


Figura 2. Pura mutua partecipazione

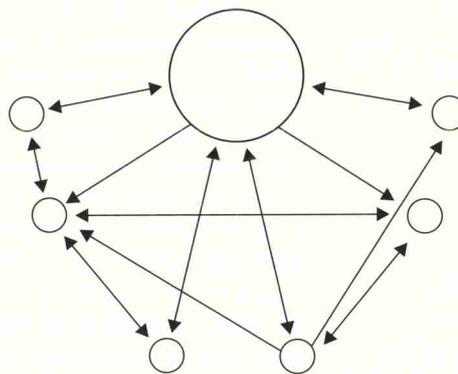
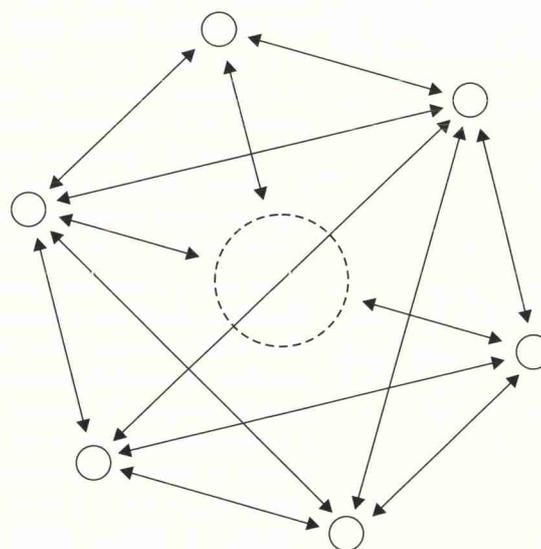


Figura 3. Misto di gerarchia e pura mutua partecipazione



# Un bambino che sviene tre volte

Renato Vitiello

I Divisione di Pediatria - Modulo di Cardiologia pediatrica  
Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 48-50

*Un bambino di tre anni presenta alcuni episodi di sincope di breve durata che vengono inquadrati come funzionali. Un terzo episodio viene osservato mentre il bambino è nel pieno della sintomatologia e ciò consente di porre una diagnosi di causa sicura.*

## La storia

Renato é un bambino di cinque mesi quando viene condotto in ospedale per la prima volta perché all'improvviso è impallidito e per un attimo, a dire della mamma, è sembrato imbambolato, reagendo poco se chiamato o stimolato fisicamente. Il bimbo non mostra obiettività clinica di rilievo: il colorito è roseo, nella norma l'attività cardiaca, respiratoria e l'esame neurologico.

Dall'anamnesi non emergono dati significativi; non vi è stata sofferenza pre e perinatale. L'accrescimento staturico-ponderale e lo sviluppo psicomotorio sono stati sempre soddisfacenti. Gli esami di laboratorio non mostrano alterazioni di natura metabolica, della crasi ematica e degli indici infiammatori. Una ph-metria esofagea risulta normale così come un tracciato EEG.

Dopo 48 ore il piccolo viene dimesso con una diagnosi di sintomo, senza che vengano praticate ulteriori indagini in quanto ci si orienta verso una patologia "non organica".

All'età di circa trenta mesi, mentre gioca nel giardino della scuola, Renato presenta una crisi caratterizzata da un'improvvisa e breve perdita della coscienza della durata di circa 1-2 minuti. All'arrivo in ospedale si è ripreso e l'esame clinico è completamente negativo. Tutti gli esami bioumorali, un EEG e un ecocardiogramma, risultano nella norma. Si conclude per una sincope vagale e si dimette il bambino. Dopo circa sei mesi (all'età di tre anni circa), Renato viene per la terza volta condotto in ospedale perché prostrato e incapace di svolgere le normali attività di gioco. La sintomatologia ha avuto inizio alcune ore prima: il bambino ha interrotto improvvisamente il gioco e si è disteso sul pavimento "sfinito". È apparso pallido e sudato; preso in braccio poggia la testa sulla spalla della mamma, come spossato da un malessere non

ben definito. Sulle prime la mamma pensa che la crisi sia in relazione ad una maldigestione o ad una febbre incipiente e lo mette a letto. Alcune ore dopo, per il persistere della sintomatologia e per la mancata comparsa di sintomi (febbre, vomito, ecc.) in grado di spiegare in qualche modo il malessere presentato, viene condotto in ospedale.

## Il decorso

In reparto il piccolo si mostra pallido ed ipodinamico. È evidente un precordio molto attivo. La temperatura corporea è 36.5°C, la frequenza respiratoria è 40/min, la frequenza cardiaca è altissima (210 b/min). Al torace il reperto obiettivo è fisiologico. L'addome è trattabile e gli organi ipocondriaci sono nei limiti fisiologici. Non sono presenti segni meningei. Gli esami praticati (emocromo, VES, glicemia, azotemia, creatininemia, transaminasi, elettroliti, magnesio, calcio, fosfatasi alcalina, urine) sono nella norma. Un elettrocardiogramma (*Figura 1*) mostra una tachicardia a complessi stretti e regolari che viene convertita a ritmo sinusale con adenosina: sotto controllo elettrocardiografico viene somministrata una dose di 0,2 mg/kg e.v. e si ha una rapidissima cardioversione a ritmo sinusale.

## La diagnosi

Il tracciato elettrocardiografico durante la crisi (tachicardia a complessi QRS stretti e regolari) indica la presenza di una tachicardia a partenza atriale che coinvolge in senso anterogrado il nodo A-V ed in senso retrogrado (cioè ventricolo-atriale) una via accessoria. Un secondo tracciato elettrocardiografico, registrato nel periodo post-critico, rivela una sindrome di Wolf-Parkinson-White (*Figura 2*). Un ecocardiogramma, effettuato subito dopo la conversione a ritmo sinusale, mostra

una ridotta contrattilità ventricolare, secondaria alla lunga durata della tachicardia. Renato ha, quindi, presentato una presincope in corso di tachicardiaca parossistica sulla base di una sindrome di W-P-W.

**Commento**

La diagnosi del malessere che ha colpito il bimbo a tre anni è stata abbastanza agevole in questo terzo episodio in quanto l'esame clinico (tachicardia) ha direttamente indirizzato verso un disturbo del ritmo. Al contrario delle volte precedenti, la crisi di tachicardia ad alta frequenza era ancora presente al momento della visita in P.S. e l'elettrocardiogramma ha evidenziato una tachicardia a complessi *stretti e regolari*. I complessi QRS appaiono *stretti*, cioè di durata normale per l'età, quando la depolarizzazione dei ventricoli (la cui espressione elettrocardiografica è il complesso QRS) avviene attraverso il nodo A-V. La *regolarità* dei complessi QRS, invece, indica che gli intervalli di

tempo fra le depolarizzazioni ventricolari sono sempre uguali. In età pediatrica e in assenza di cardiopatia congenita, una tachicardia a complessi stretti e regolari è, nella quasi totalità dei casi, secondaria ad un "circuito elettrico" che si è formato fra gli atri ed i ventricoli, del quale un braccio è costituito dal nodo A-V (con conduzione *anterograda*) ed un altro braccio da una via anomala accessoria collegante gli atri ai ventricoli (con conduzione *retrograda* cioè ventricolo-atriale). La presenza di un circuito elettrico che coinvolge gli atri ed i ventricoli rappresenta il meccanismo fisiopatologico alla base della tachicardia parossistica sopraventricolare. Il flutter atriale, con conduzione A-V 1:1, è il ritmo che più facilmente può simulare, all'ECG, una tachicardia sopraventricolare coinvolgente una via accessoria. Esso, tuttavia, è raro in età pediatrica e si associa più spesso a cardiopatie congenite severe o a cardiopatie con pregresso intervento cardiocirurgico coinvolgente gli

atri. Talvolta si può verificare nel neonato indipendentemente dalla presenza di un difetto anatomico.

**Saper fare**

Per ripristinare il ritmo sinusale in un paziente con tachicardia a complessi stretti e regolari bisogna interrompere il circuito elettrico instauratosi fra gli atri ed i ventricoli. In altre parole, bisogna agire sulle vie di conduzione coinvolte in modo da rallentare la progressione dello stimolo fino a che l'impulso successivo trova il tessuto di conduzione in uno stato refrattario, con conseguente interruzione del circuito. Il nodo A-V, che come abbiamo detto è sicuramente coinvolto nel circuito quando i complessi QRS sono stretti, può essere manipolato nelle sue caratteristiche di conduzione aumentando il tono vagale del soggetto, oppure utilizzando farmaci che svolgono un'azione vagotonica. Infatti è possibile effettuare manovre vagali che in una piccola percentuale dei casi hanno successo, soprattutto se la tachicardia si è instaurata da poco: fare gonfiare un palloncino può essere un modo per raggiungere tale obiettivo in un bambino collaborante. Se le manovre vagali falliscono, bisogna ricorrere ai presidi farmacologici. L'adenosina rallenta la conduzione attraverso il nodo A-V e possiede un'emivita molto breve, con un tempo di dimezzamento <10 sec. Per queste proprietà è un antiaritmico di prima scelta nel trattamento delle tachicardie a complessi QRS stretti e regolari. La scelta di tale farmaco prescinde dall'esatta localizzazione della via accessoria responsabile del circuito: questa può essere presente nello stesso nodo A-V o in qualsiasi altro punto della giunzione atrio-ventricolare. L'adenosina riesce a risolvere una tachicardia sopraventricolare nella grande maggioranza dei casi ed ha scarsi effetti collaterali.

**Considerazioni finali**

Solo quando si è avuta la conversione a ritmo sinusale è possibile conoscere se la via di conduzione accessoria può

Figura 1. Tachicardia a complessi stretti e regolari. Si noti come il complesso QRS sia di breve durata (circa 60 msec) e la distanza R-R sia sempre uguale

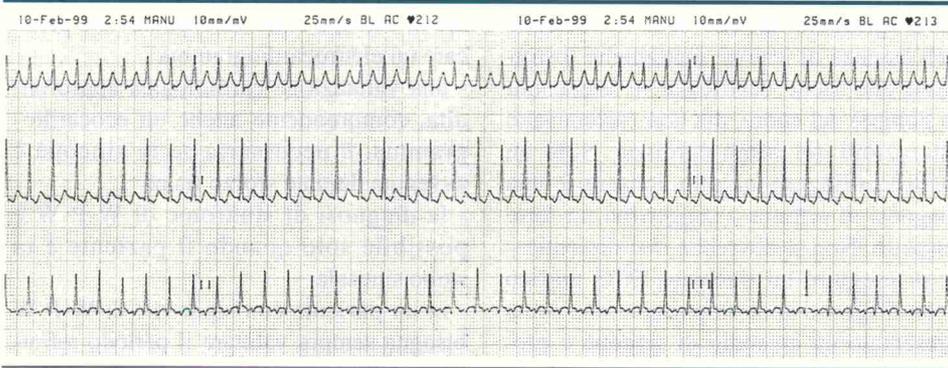
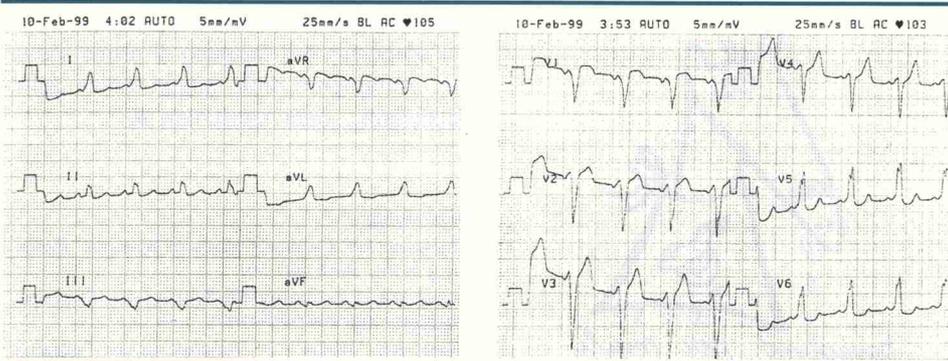


Figura 2. Sindrome di Wolf-Prakinson-White (tracciato post-critico). La durata del complesso QRS è di circa 130 msec, maggiore di quella registrata nella fase di tachicardia. Ciò in relazione alla depolarizzazione dei ventricoli attraverso la via accessoria



condurre in senso anterogrado con il quadro elettrocardiografico caratteristico della sindrome di Wolf-Parkinson-White. La caratteristica onda delta visibile all'e.c.g. è infatti determinata dalla depolarizzazione dei ventricoli attraverso la via accessoria anomala e non attraverso la normale via di conduzione (nodo A-V). Il malessere che ha condotto per la terza volta il bambino in ospedale ci consente di poter rivalutare retrospettivamente quanto è avvenuto nei precedenti due ricoveri. Le forme riflesse su base vaso-vagale (emotiva, da ortostasi protratta, da spasmo affettivo, ecc.) od ortostatica (da ipovolemia, da farmaci, idiopatica, ecc.) sono le cause più frequenti di sincope. Per precisare la diagnosi di una sincope è molto importante l'anamnesi, in quanto non esiste un esame di laboratorio o un segno clinico che consenta di accertare con sicurezza la sua etiologia. Infatti, la presenza di fattori *psicofisiologici* che precedono la sincope (fame, affaticamento, malattia, ambienti caldi e sovrappollati, dolore, paura), ed un'aura caratterizzata da pallore, cute fredda, sudorazione, nausea, capogiri, si associano frequentemente alle forme di tipo vaso-vagale. Nel nostro caso l'età del paziente (sei mesi al primo e trenta mesi al secondo ricovero) non consentiva di avere con chiarezza tutte le notizie anamnestiche utili, sebbene nel secondo episodio la comparsa della sintomatologia durante il gioco e l'assenza di un'aura certa avrebbero dovuto indurre ad una ricerca più approfondita in senso cardiologico. L'assenza d'ipossia perinatale, uno sviluppo neuromotorio fisiologico e un elettroencefalogramma negativo consentivano, inoltre, di escludere con una certa tranquillità una sincope dovuta a fattori di ordine neurologico. La normalità degli esami di laboratorio, escludevano altre cause di sincope (ipo o iperglicemia, anemia, alterazione del metabolismo del calcio e magnesio, ecc.). Al terzo episodio l'ECG ha consentito di risolvere il problema.

Quando la causa di una sincope è di origine cardiaca si deve tenere conto che il paziente con pregressa sincope su base cardiogena ha maggiori probabilità di morte improvvisa rispetto alla popolazione normale. Si è calcolato che circa il 25% dei bambini che muoiono improvvisamente hanno nella storia almeno un precedente evento presincopale o sincopale associato generalmente ad un'anomalia cardiaca.

Tre sono le cause cardiache che possono scatenare un episodio sincopale:

- a) un'aritmia,
- b) un'ostruzione ad uno degli efflussi (stenosi aortica, tumori, cardiomiopatia ipertrofica, ecc.),
- c) un grave deficit di pompa (cardiomiopatie, miocarditi, ecc.).

L'anamnesi è in genere fortemente orientativa. L'insorgenza della sincope durante uno sforzo fisico (ricerchiamo sempre questo dato!) o la mancanza di sintomi premonitori già detti devono indurre a pensare a una sincope su base cardiogena. Nel caso descritto, nei primi due ricoveri, la negatività dell'esame obiettivo e dell'ecocardiogramma davano solo la certezza dell'assenza di lesioni anatomiche (ostruzione alle uscite ventricolari o alterazioni di pompa) del cuore, ma non escludevano alterazioni del ritmo cardiaco. Solo un elettrocardiogramma può consentire una diagnosi di aritmia o suggerirne un forte sospetto. Non si dovrebbe mai dimenticare di eseguire un tracciato ECG grafico nella diagnostica di un paziente che abbia presentato un episodio di sincope o presincope. L'elettrocardiogramma, infatti, consente di escludere sia lesioni predisponenti ad aritmie (pazienti con Q-T lungo o con sindrome di W-P-W), sia un gran numero di cardiomiopatie (cardiomiopatia

ipertrofica, miocarditi, ecc.).

È quasi certo che l'evento patogenetico di base dei precedenti due malesseri del bambino siano stati legati alla sindrome di W-P-W. La presenza della via accessoria anomala può dare un'alterazione dello stato di coscienza e del tono muscolare a causa di una tachicardia ad alta frequenza o per una concomitante fibrillazione atriale associata ad elevata frequenza ventricolare. La fibrillazione atriale, benché rara in età pediatrica, è molto temibile nei pazienti con sindrome di W-P-W, in quanto la via accessoria può condurre (a differenza del nodo A-V) anche a frequenza elevata, con conseguente esposizione del ventricolo a ritmi che riducono la gittata cardiaca e, a volte, innescano fibrillazione ventricolare e arresto cardiaco.

Come si è visto un evento caratterizzato da riduzione del livello di coscienza (presincope o sincope) non è sempre di facile inquadramento diagnostico.

### Cosa abbiamo imparato

Dal caso abbiamo imparato che:

- tutti i pazienti che presentano un episodio di sincope o pre-sincope devono praticare un elettrocardiogramma
- una valutazione cardiologica approfondita, comprendente anche un ecocardiogramma, è necessaria se la sincope è avvenuta durante sforzo fisico
- la diagnosi di sindrome di W-P-W è possibile solo quando il paziente è in ritmo sinusale
- in un paziente con sindrome di W-P-W bisogna sempre valutare il periodo refrattario della via accessoria, perché il presentarsi di una fibrillazione atriale (rara in età pediatrica) potrebbe scatenare un arresto cardiaco
- la mortalità associata a sincope avviene quasi sempre per una causa cardiaca
- l'adenosina è il farmaco di prima scelta nel trattamento della maggioranza delle tachicardie sopraventricolari ■



### Bibliografia

- Ruckman RN. Cardiac Causes of Syncope. *Pediatrics in Rev* 1987;9(4):101  
 Scott WA. Evaluating the Child with Syncope. *Pediatric Ann* 1991;20:350  
 Tanel RE., Walsh EP. Syncope in the Pediatric Patient. *Cardiology Clinics* 1997;15(2):277



Bambini  
con bisogni  
speciali

# La condizione sociale influenza le diseguaglianze nella salute, anche in Italia

Giuseppe Cirillo

Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 51-52

*Al fine di contribuire a rendere tutti noi consapevoli che la globalizzazione riguarda non solo la produzione ed il commercio delle merci, ma anche la condizione di salute della popolazione e l'influenza dei determinanti sociali sulla salute, vengono qui commentati due articoli recensiti apparsi su J Epidemiol Community Health.*

Da più parti viene obiettato che le prove dell'influenza della condizione sociale sulla salute sono verificabili solo in altri paesi e soprattutto negli USA, dove si dà per scontato che esistano forti differenze sociali legate o meno alla razza. In Italia sembra che queste differenze non siano molto grandi e si ritiene, comunque, che sia molto difficile esportare i risultati degli studi europei ed americani nella nostra realtà sociale. Noi crediamo che questa opinione diffusa dipenda anche dal fatto che la produzione scientifica italiana in quest'ambito, dopo un lungo periodo d'assenza, solo recentemente è ritornata ad essere qualitativamente e quantitativamente rilevante come dimostrano i due studi comparati su *JECH* del 1999. Il primo studio valuta i differenziali della mortalità di origine socio-economica a Roma e l'altro il rapporto tra disoccupazione e suicidi in Italia. I differenziali sociali della mortalità a Roma sono stati studiati per il periodo che va dal 1990 al 1995 su tutta la popolazione residente di 2.775.250 abitanti, divisa per 6.108 particelle censuarie. È stato utilizzato un indice socioeconomico sulla base delle seguenti variabili: livello di istruzione, occupati per categoria, maschi disoccupati in età lavorativa, famiglie composte da una sola persona, famiglie con cinque o più persone, affollamento delle abitazioni, abitazioni di proprietà o in affitto. Durante il periodo preso in considerazione dallo studio si sono verificate 149.002 morti tra i residenti (Registro regionale delle cause di morte). Tra gli uomini la mortalità totale e quella per le cause maggiori ha mostrato un'associazione inversa con lo stato socioeconomico (SES). La mortalità è stata più alta (19%) nel gruppo di livello socioeconomico più basso rispetto al gruppo con SES più alto. Questa associazione è stata più forte nel gruppo di età 15-44 anni, con un eccesso di mortalità del 72% nel gruppo di più basso livello sociale. Gli uomini con il livello più basso di SES hanno avuto un 20% di eccesso di mortalità per tutte le

forme di cancro. Rispetto alle specifiche localizzazioni, la mortalità per cancro allo stomaco, all'apparato respiratorio ed alla vescica, è cresciuta inversamente al livello SES, mentre solo il melanoma è risultato più frequente nelle classi con stato socio-economico più elevato. La mortalità per malattie infettive, cardiovascolari, digestive, respiratorie e per incidenti, ha mostrato un'associazione positiva con il basso SES. L'associazione più stretta è stata osservata per la tubercolosi (RR 2,96 nel livello più basso rispetto al livello più alto) e per il gruppo di età 15-44 anni per l'AIDS (RR 2,52) e per l'overdose (RR 3,48). Tra le donne la mortalità totale è stata più alta del 7% nel gruppo di più basso livello sociale rispetto al gruppo a più alto SES. Il differenziale maggiore si è osservato nel gruppo di età 15-44 anni con un eccesso di mortalità nel gruppo a più basso livello di SES del 32%. La mortalità per cancro dello stomaco, del laringe e dell'utero è risultata inversamente legata al SES, mentre un trend opposto si è osservato per il cancro al seno con una mortalità significativamente minore nel gruppo di livello SES più basso. Una più alta mortalità nel gruppo di SES più basso è stato osservato sia per le malattie cardiovascolari che per quelle digestive, nonché per gli incidenti stradali. Nel gruppo di età 15-44 anni, una stretta associazione positiva è stata rilevata tra basso SES e mortalità per AIDS (RR 3,96) e tra basso SES e mortalità per condizioni chirurgiche (RR 2,91). Paragonando i periodi 1990-1992 e 1993-1995, le differenze nella mortalità totale tra i gruppi socioeconomici sono aumentate in tutte e due i sessi. Gli uomini nel più basso livello di SES hanno avuto un eccesso di mortalità totale del 13% rispetto al più alto livello socioeconomico nel periodo 1990-1992 e questo eccesso è cresciuto significativamente al 24% nel periodo 1993-1995. Tra le donne l'eccesso è cresciuto significativamente dal 4 al 10%. Le diseguaglianze nella mortalità totale sono aumentate nel periodo più recente a causa

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

soprattutto di una riduzione della mortalità nel gruppo a più alto livello SES (-8,2% negli uomini -3% nelle donne) e di un incremento invece nel gruppo a più basso SES (+1,3% negli uomini e +12,6% nelle donne). Tra gli uomini la crescita delle diseguaglianze è stata osservata per molte delle condizioni valutate, compreso il cancro (-7,2% per il cancro ai polmoni e -19,9% per quello al colon nel gruppo a più alto SES). Nel gruppo di età 15-44 anni, le diseguaglianze per la mortalità sono aumentate con un picco per quanto riguarda la mortalità per AIDS. Tra le donne le differenze tra i due periodi sono stati meno forti rispetto agli uomini. La mortalità però per il cancro all'utero si è fortemente ridotta nel gruppo a più alto SES (-22,2%), mentre è cresciuto il RR di mortalità per incidenti stradali nel gruppo a più basso SES. Nel gruppo di età 15-44 anni le diseguaglianze sono aumentate significativamente per la mortalità da overdose da droga, per una forte riduzione (-81,2%) nel gruppo a più alto SES. Certamente i cambiamenti nel tempo degli stili di vita e dei comportamenti a rischio possono aver prodotto le differenze nell'incidenza della mortalità. Tuttavia, le diseguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie e nella qualità delle cure, specie per le cause di mortalità per le quali esistono interventi efficaci, possono aver contribuito all'aumento del differenziale sociale della mortalità (anche in Italia). Indicativo è il caso della mortalità per cancro all'utero che è diminuito a Roma durante il periodo di studio (dal 7,1/100.000 del 1991 al 5,4 del 1995) soprattutto nelle classi sociali più alte.

#### **Suicidi e disoccupazione in Italia, 1982-1994**

In Italia ed in altri paesi occidentali si è verificato un progressivo incremento del tasso di suicidi in entrambi i sessi negli ultimi venti anni, soprattutto tra i giovani. I fattori che più frequentemente sono stati considerati per spiegare questo fenomeno sono: l'incremento dello stress della vita (particolarmente nella popolazione giovane) e l'incremento dell'incidenza di malattie mediche e psichiatriche che portano al suicidio. Per il

suicidio i disordini mentali rappresentano l'elemento determinante; gli eventi negativi della vita sono riconosciuti come fattori favorevoli o precipitanti. La disoccupazione è ritenuta essere un fattore di rischio importante per il suicidio. Lo studio analizza l'impatto dello stato occupazionale sull'incidenza dei suicidi in Italia e la distribuzione per anno dei suicidi in rapporto all'occupazione tra il 1982 ed il 1994. La fonte dei dati per i suicidi è stata l'ISTAT (dati approfonditi vengono raccolti dalla polizia e dai carabinieri). È stato calcolato il tasso per 100.000 in rapporto alla posizione economica. La popolazione attiva da un punto di vista economico è quella dai 15 anni in poi che lavora o è alla ricerca di un lavoro. La popolazione non attiva è quella sotto i 15 anni, quella dai 15 anni in poi che non lavora e/o non è alla ricerca di un lavoro ed inoltre gli studenti, le casalinghe, i pensionati, i disabili, coloro che svolgono il servizio militare. Il gruppo dei non occupati è stato suddiviso ulteriormente tra quelli che cercano un nuovo lavoro e quelli alla ricerca del loro primo lavoro. Il tasso di disoccupazione è la proporzione dei disoccupati rispetto alla popolazione economicamente attiva. Dal 1982 al 1994 sono state registrate in Italia nella popolazione attiva 20.457 morti per suicidio. Di queste persone 13.276 erano uomini occupati, 3.401 uomini disoccupati, 1.282 in cerca del primo lavoro. I tassi di suicidio tra i disoccupati sono chiaramente e consistentemente più alti rispetto agli occupati. Le donne mostrano tassi di suicidio più bassi degli uomini indipendentemente dalla loro posizione economica. I tassi di suicidio tra le donne disoccupate, tuttavia, mostrano lo stesso trend degli uomini disoccupati. Il rischio relativo (RR) è tre volte più alto per gli uomini disoccupati (1982 2,33; 1994 3,08) che per gli uomini occupati (1982 - 0,87; 1994 - 0,78) e questa differenza tende a diventare più marcata con il passare del tempo. Anche per le donne il RR per i disoccupati tende a crescere con il passare del tempo (1982 0,60; 1994 1,37) con un incremento del 128%, mentre la variazione del RR per le donne occupate nei periodi considerati è considerevolmente minore (1982 0,65; 1994 0,68). Tuttavia i tassi di suicidio sono aumentati negli anni considerati, sia negli uomini che nelle donne e l'incremento è più alto tra i disoccupati rispetto agli occupati, in tutte e due i sessi. In ciascun anno la mortalità totale per suicidio è aumentata di

1,62 morti per 100.000 tra i maschi disoccupati e di 2,40 morti per centomila tra gli uomini in cerca del loro primo lavoro. Tutti i gruppi di età sono coinvolti nell'incremento del numero dei suicidi. Questo aumento è associato ad un concomitante aumento della disoccupazione. Durante il periodo in studio, il tasso di disoccupazione nella popolazione economicamente attiva è aumentato dal 4,7% del 1982, all'8,7% del 1994 nei maschi e dal 9,9% delle donne nel 1982 al 15,6% del 1994. In assoluto nel 1982 nella fascia di età 18-24 anni si sono verificati 202 morti per suicidio con un tasso di 1,45 nel 1994 282 con un tasso di 2,02. L'analisi temporale suggerisce quindi un forte legame tra rischio di suicidio e disoccupazione, la valutazione ecologica (geografica) invece introduce un elemento di incertezza. Considerando la distribuzione dei tassi di suicidio nelle venti regioni italiane, in rapporto ai relativi tassi di disoccupazione, si osserva una piccola associazione negativa. Per spiegare questa discrepanza si possono invocare diversi fattori: l'opinione generale è che in regioni con bassa disoccupazione, diventare disoccupati implica entrare in un gruppo ad alto rischio, mentre in regioni in cui molti sono disoccupati da lungo tempo, lo sviluppo di relazioni di supporto alternative a quelle legate alla precedente attività lavorativa è facilitato. Inoltre nelle regioni ad alta disoccupazione, la stigmatizzazione dello stato di disoccupazione è minore e quindi più tollerabile. *Come si vede le condizioni italiane non sono molto dissimili da quelle del resto del mondo occidentale: si muore di più se si è di basso livello socioeconomico; si muore di più per malattie che i ricchi riescono a superare; chi è disoccupato, nelle regioni italiane ad alta occupazione, si toglie la vita con maggiore frequenza. In definitiva, il miglioramento nel tempo dello stato di salute e la riduzione della mortalità mostrano ancora in Italia grandi differenze sociali.* ■

#### *Bibliografia*

- (1) Michelozzi P., Perucci C.A., Forastiere F., Fusco D., Ancona C., Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-1995 *J Epidemiol Community Health* 1999;53:687
- (2) Preti A., Miotto P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994 *J Epidemiol Community Health* 1999;53:694

# Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"

Antonella Brunelli

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

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 53-55

*Durante un trattamento d'emergenza si rendono spesso necessarie procedure terapeutiche dolorose in bambini che già presentano malattie o traumi.*

*Queste procedure sono stressanti per bambini, genitori e operatori, e producono una sofferenza che, se affrontata inadeguatamente, può indurre risposte fisiologiche e psicologiche con conseguenze a breve e a lungo termine.*

*Nonostante ciò, i bambini continuano a ricevere, per il dolore, meno cure rispetto agli adulti e quei piccoli, facili rimedi disponibili per ridurre il dolore e l'ansia in corso di procedure magari banali spesso non sono utilizzati. Pubblichiamo la prima parte di questo articolo che verrà completato nel prossimo numero.*

Una revisione del 1998 condotta nei dipartimenti di emergenza degli Stati Uniti riporta che il 40% dei bambini con fratture scomposte del braccio non ricevono sedazione o analgesia per la riduzione della frattura, ed uno studio del 1993 riferisce che il 95% delle punture lombari viene eseguito senza anestesia locale. Il controllo del dolore e dell'ansia porta alcuni vantaggi: consente una valutazione clinica migliore, una maggior facilità di esecuzione delle procedure, la riduzione del trauma psicologico e dello stress, l'accettazione della procedura da parte dei genitori e, in generale, una migliore valutazione delle cause del dolore.

Perché allora l'ansiolisi e l'analgesia non sono procedure comuni nei dipartimenti d'emergenza? Le spiegazioni sono complesse e includono:

- scarso consenso su monitoraggio, efficacia e sicurezza di farmaci e metodi usati;
- scarsa familiarità dei medici nei confronti di posologia, tecniche di anestesia locale e di approccio psicologico;
- timore di effetti collaterali e di interazioni farmacologiche;
- tempo e risorse insufficienti per compiere una sedazione;
- minimizzazione e scarsa considerazione del dolore e dell'ansia nei bambini;
- convinzione che il bambino abbia del dolore solo un ricordo fugace.

Nell'ultima decade è aumentata la necessità di attuare procedure dolorose in pazienti oncologici o cronici, e quindi anche l'attenzione nei confronti di bambini che accedono al dipartimento di emergenza.

Questo articolo riporta alcuni metodi utilizzabili per ridurre il dolore e l'ansia in corso di procedure d'urgenza (*tabella 1*) e poiché dolore e ansia sono spesso indistinguibili, saranno indicati col termine unico *distress*.

## Interventi psicologici

### Preparazione

Un evento stressante inaspettato non permette ai bambini ed ai loro genitori di prepararsi ad affrontarlo. Una preparazione specifica, adeguata all'età, può sicuramente aiutare: un sorriso caldo, un approccio calmo e rispettoso, sono particolarmente importanti per ridurre la preoccupazione, comprenderne i motivi può essere utile a capire di quali informazioni ha bisogno il bambino.

Nei confronti dei bambini più piccoli si dovrà utilizzare un linguaggio semplificato, associato ad una spiegazione visuale, quale l'esecuzione della stessa manovra su una bambola, mentre i ragazzi più grandi apprezzano le informazioni più dettagliate. Spiegazioni brevi ed empatiche che anticipino le sensazioni, con uso di frasi quali "sentirai freddo, o una spinta, o un pizzico" anziché "bruciore, puntura d'ape o dolore" possono essere vantaggiose. Stabilire un comportamento di accettazione prima che inizi la procedura, rassicurare il paziente che verrà avvertito ogni volta che si dovrà fare qualcosa che può far male, rinforzare il controllo nei confronti del dolore usando il rilassamento o la distrazione o l'ipnosi può minimizzare il *distress*, ma l'indugiare o il discutere il dolore imminente troppo in anticipo aumenta l'ansia e riduce la tolleranza. Le distrazioni, quali il gioco durante la spiegazione, il sorriso, il contatto visivo, il restare seduto durante la spiegazione, il lasciare tempo per eventuali domande aiuta a stabilire intesa e a ridurre l'ansia. È utile anche porre qualche domanda ai genitori e informarli sull'aiuto che possono dare al loro figlio durante le procedure.

### La presenza dei genitori

I bambini di età scolare e prescolare, più di chiunque altro, richiedono i genitori al loro

Per corrispondenza:

Antonella Brunelli

E-mail: [brunelli@ausl-cesena.emr.it](mailto:brunelli@ausl-cesena.emr.it)

fianco durante le manovre dolorose, benché spesso sappiano quanto poco potranno fare per alleviarlo. Da parte loro i genitori sono convinti che la loro presenza sia utile e benefica, e in realtà si è visto che riduce in modo consistente il disagio dei bambini. L'efficacia della presenza dei genitori può essere marcatamente aumentata suggerendo loro di accarezzare i bambini, raccontare storie o fantasticherie. Tuttavia

alcuni bambini possono contenere maggiormente il loro disagio se sono soli: è noto che l'ansia dei genitori si correla a quella dei bambini, per esempio durante l'aspirato midollare. Pertanto deve essere accertata la qualità della relazione genitori-figli, il loro livello di stress nei confronti della procedura, e la loro capacità di influenzare l'accettazione della procedura stessa. Genitori adeguatamente informati

raramente interferiscono, ma si deve tenere conto della possibilità di una loro sincope o crisi d'ansia.

#### Comfort e distrazione

Tecniche non farmacologiche, quali il rilassamento, la distrazione e il linguaggio delle immagini, riducono lo stress in molti bambini.

Per i più piccoli il *rilassamento* può consistere semplicemente nell'essere cullato, o abbracciato, in una comoda posizione, o magari poter usare il succhiotto o stringere il gioco preferito. Con i bambini più grandi può avere successo il farli respirare lentamente e a fondo con un gioco del tipo "soffia fuori il dolore". Tali tecniche possono essere usate sia prima sia durante l'esecuzione della manovra.

La *distrazione* consiste nel richiamare l'attenzione del paziente su diversivi; si può eseguire senza particolari strumenti, semplicemente spostando l'attenzione su oggetti della stanza, oppure cantando o raccontando storie, in modo personalizzato secondo le preferenze del bambino.

Il *linguaggio delle immagini* utilizza il ricordo di scene piacevoli, azioni, hobby, programmi tv e film preferiti, oppure l'immaginarsi da qualche altra parte a fare qualcosa di piacevole, o l'inventare una storia che comprenda l'esperienza in

Tabella 1.

Procedura utilizzata	Tecnica analgesica
<i>(Sono incoraggiate la presenza volontaria dei genitori e le tecniche di comfort e distrazione nel corso di tutte le procedure)</i>	
Posizionamento di catetere venoso	Lidocaina tamponata SC Alcol benzilico SC Iontoforesi con lidocaina EMLA Ossido nitrico nei casi di maggiore ansia Midazolam OS
Riparazione di lacerazioni	Anestetici locali: - topici: LET o TAC - EMLA - Lidocaina tamponata SC Adesivi tissutali Sedazione cosciente: - Ossido nitrico - Midazolam OS, Intranasale, rettale Sedazione profonda: - Sulfentanil/midazolam Intranasale - Ketamina OS, IV, IM
Puntura lombare	Anestetici locali: - Lidocaina tamponata - Iontoforesi con lidocaina - EMLA Sedazione cosciente: - Ossido nitrico - Midazolam OS, Intranasale, rettale Sedazione profonda - Sulfentanil/midazolam Intranasale - Ketamina OS, IV, IM
Procedure intensamente dolorose (riduzione di fratture, medicazione di ustioni, drenaggio di ascessi)	Sedazione profonda con anestesia locale quando possibile: - Ketamina-midazolam IV - Fentanil-midazolam IV - Ketamina-midazolam IM



corso. Questo presuppone una certa conoscenza dello sviluppo del bambino e dei suoi interessi.

I bambini fra i due e i sette anni, e quelli con ritardo dello sviluppo, difficilmente comprendono la necessità di sottoporsi a procedure diagnostiche: non è quindi di nessuna utilità perdere tempo in spiegazioni, mentre sarà più efficace una seduta di terapia del gioco prima della manovra, seguita dalla tecnica della distrazione e il rinforzo dei comportamenti positivi durante l'esecuzione. Risultano efficaci interventi che richiedono minor sforzo cognitivo, quali parlare, guardare un video, un libro colorato o un caleidoscopio. I ragazzi sopra gli otto anni possono invece capire le ragioni della procedura; ascoltare musica, cantare la propria canzone preferita, o qualunque altra tecnica della distrazione e del linguaggio delle immagini può quindi risultare efficace. Gli adolescenti possono regredire in caso di ansia acuta, e discuterne prima può aiutarli a fronteggiare lo stress.

### Interventi con farmaci

#### Anestesia locale

Un'anestesia locale efficace, in particolare quando è senza aghi e quasi indolore, riduce fortemente l'ansia e la necessità di una anestesia profonda.

#### Anestesia locale topica

Soluzioni o gel contenenti 0,5% di tetracaina, 0,05% di adrenalina e dal 4 all'11,8% di cocaina (TAC), o soluzioni con 4% di lidocaina, 0,1% di epinefrina e

0,5% di tetracaina (LET), instillate su una ferita aperta, dopo 20-30 minuti determinano anestesia locale. Sono particolarmente efficaci nelle ferite dello scalpo e del viso più che su quelle del tronco e degli arti; la tossicità, dovuta al rapido assorbimento, rende generalmente controindicato l'uso di queste soluzioni su mucose e larghe abrasioni, sebbene quantità limitate si siano dimostrate innocue. La componente epinefrina, necessaria per rallentare l'assorbimento sistemico e la degradazione dell'anestetico, ostacola l'uso della TAC sulle dita e sulle aree con arteriole terminali. Poiché la componente cocaina rende costosa la preparazione, necessita della registrazione sul registro degli stupefacenti e raramente si è associata a convulsioni, insufficienza respiratoria e morte, il LET è preferito dagli autori. TAC e LET sono miscele instabili, vanno preparate al momento dal farmacista e tenute in fresco. La miscela eutettica degli anestetici locali lidocaina e prilocaina (EMLA) è un'emulsione di gocce micronizzate: l'elevata concentrazione, insieme alle piccole dimensioni delle gocce, permette la penetrazione dell'anestetico attraverso la cute integra. La profondità dell'anestesia è approssimativamente di 3 mm dopo un'ora dalla applicazione sotto bendaggio occlusivo, fino ad un massimo di 5 mm dopo 1,5-2 ore. L'aggiunta di nitroglicerina unguento riduce la vasocostrizione che si verifica subito dopo l'applicazione di EMLA. Le controindicazioni comprendono una accertata ipersensibilità agli anestetici locali e la predisposizione alla metaemoglobinemia. La crema di tetracaina al 4% può penetrare la cute integra e produce nei bambini anestesia locale equivalente a quella dell'EMLA. È economica, più rapida nell'inizio d'azione (20-30 minuti), dura per circa quattro ore e produce vasodilatazione. Tuttavia il prodotto non è in commercio e va preparato galenicamente. Efficacia ed innocuità devono ancora essere confermate. Un'anestesia del derma profondo si può ottenere anche con una unità iontoforetica, che genera una corrente elettrica a basso voltaggio in grado di pulsare lidocaina al 2% ed epinefrina ionizzata. È necessaria una corrente di 4mA per ottenere in 10 minuti anestesia fino ad una profondità di 5-7 mm, la cui

durata è breve (meno di 5 minuti) con la sola lidocaina, ma raggiunge circa un'ora se si associa il vasocostrittore (epinefrina). La sensazione di scossa o di bruciore può essere mal tollerata da alcuni pazienti, perciò l'intensità di corrente va aumentata per gradi. Le controindicazioni includono i pazienti con pace-maker.

#### Anestesia locale per infiltrazione

L'iniezione intradermica o sottocutanea di anestetico procura normalmente una rapida e completa anestesia locale, benché la fobia per gli aghi la renda una manovra stressante. Il dolore dell'iniezione si può ridurre tamponando la soluzione, scaldandola alla temperatura corporea, usando un ago sottile, e iniettando il liquido lentamente, preferibilmente sottocute. L'uso di lidocaina tamponata a pH 7,0-7,2 ottenuta miscelando 1 parte di bicarbonato con 9-10 parti di lidocaina, con o senza epinefrina, riduce marcatamente il dolore dell'iniezione e abbrevia l'inizio di azione, senza ridurne l'efficacia o la durata. La soluzione tamponata è stabile per almeno tre settimane se conservata a temperatura ambiente, più a lungo se refrigerata. ■



# Mangiare informati

Paolo Siani

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

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 56-57

*Una campagna d'informazione promossa dall'Unione Europea per ridurre quella quota di intossicazioni alimentari legata alla cattiva conservazione dei cibi in quanto è dimostrato che una importante parte delle intossicazioni alimentari è attribuibile a quanto accade dopo l'acquisto degli alimenti.*

Secondo l'OMS una parte importante delle intossicazioni alimentari (12,9%) è dovuta al trattamento degli alimenti dopo la vendita; il più delle volte tra le pareti domestiche per una cattiva conservazione o per un errore di manipolazione da parte di chi in casa prepara i cibi (36%); solo un caso su tre si verifica nei ristoranti, negli alberghi e nelle scuole e un 5% negli ospedali. Per questo motivo l'Unione Europea ha promosso una campagna di sicurezza alimentare con l'obiettivo di informare i consumatori non tanto sui potenziali rischi connessi alla produzione, ma piuttosto sui rischi legati alla manipolazione o conservazione non corretta dei cibi; in quanto la salubrità di un alimento dipende da numerosi fattori e richiede il rispetto di precise norme igienico sanitarie per evitare alterazioni fisiche, contaminazioni chimiche o microbiologiche. La campagna d'informazione in Italia è stata condotta con la supervisione dell'Istituto superiore di sanità, il Ministero della Sanità e l'Istituto Nazionale di Nutrizione.

Ecco in dettaglio alcune regole da seguire nell'acquisto dei generi alimentari:

- leggere sempre l'etichetta sui prodotti confezionati e porre particolare attenzione alla data di scadenza, alla temperatura e alle modalità di conservazione;
- la scritta "da consumarsi entro" indica che sono prodotti deteriorabili che quindi vanno tassativamente consumati entro la data indicata. La scritta invece "da consumarsi preferibilmente entro" non indica che oltre quella data il prodotto non può essere consumato;
- la confezione deve essere integra, senza deformazioni, gonfiori o perforazioni;
- al momento dell'apertura non devono fuoriuscire gas o bollicine né ci devono essere tracce di muffe;
- i prodotti che si vendono sfusi devono esse-

re ben protetti per evitare manipolazioni da parte del pubblico e quindi possibili contaminazioni;

- gli alimenti surgelati devono essere acquistati per ultimi per ridurre al minimo il tempo di interruzione della catena del freddo.

Quando si acquistano alcuni alimenti di origine animale bisogna sapere che i commercianti devono rispettare alcune precise modalità. Per esempio:

- la carne fresca, il pollame, la selvaggina, il latte, la panna, il burro, la ricotta, i formaggi, gli insaccati devono sempre essere conservati in frigo a temperatura di refrigerazione;
  - il pesce fresco deve essere sempre mantenuto sotto ghiaccio;
  - i molluschi (cozze, vongole, ecc.) devono essere venduti sempre vivi e vitali, al riparo da possibili contatti o manipolazioni da parte del pubblico e in appositi compartimenti del banco frigo e nel rispetto della temperatura di refrigerazione;
  - i prodotti della pesca congelati o surgelati devono essere conservati per la vendita in frigo alla temperatura di -18°C;
  - i gelati devono essere serviti con apposite palette distinte per ogni gusto;
  - la scritta "conservare in luogo fresco e asciutto" non è un semplice consiglio ma una condizione necessaria da rispettare.
- Bisogna sapere che se alcuni prodotti sono difettosi o alterati è possibile da parte delle autorità competenti risalire al produttore e al distributore e rintracciare le partite tramite il lotto di fabbricazione ritirando così, quando necessario, i prodotti dal circuito commerciale con tempestività.
- Le etichette degli alimenti rappresentano uno strumento fondamentale per la sicurezza perché forniscono una serie di informazioni relative al contenuto della confezione:
- denominazione esatta e completa degli

ingredienti, elencati in ordine decrescente per quantità, indispensabile per individuare anche piccole tracce di un alimento a cui si può essere allergici;

- presenza e tipo di additivo, segnalato con il nome o con la sigla europea ("E") seguita da un numero (da E 100 a 199 sono indicati i coloranti, da E 200 in poi

gli additivi); sono indicati sempre per ultimi per la loro minima quantità;

- la quantità;  
- la modalità di conservazione, di consumo e la data di scadenza;  
- il nome del produttore o distributore e il luogo di produzione;  
- un codice che consente di identificare immediatamente il lotto di appartenenza del prodotto.

Infine il congelatore domestico deve stare ad una temperatura di  $-18^{\circ}\text{C}$ , senza brina (la presenza di brina indica che ci sono stati sbalzi di temperatura e quindi qualche cibo può essersi scongelato), le confezioni vanno tenute in ordine e consumate entro la data di scadenza, non devono essere bagnate, né schiacciate. Una volta scongelati (per scongelare correttamente un alimento bisogna seguire le indicazioni del produttore) gli alimenti non possono più essere ricongelati. ■



## 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 disponibile su Internet all'URL: <http://www.acp.it>

L'obiettivo più importante del sito internet è però di tipo associativo: tentare di consentire ai soci di interagire fra di loro perché tutti insieme si dia luogo ai progetti generali e speciali dell'associazione.

# 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 quella 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/SCHEDE TECNICA

**1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE.** ZINNAT® 125 mg compresse rivestite. ZINNAT® 250 mg compresse rivestite. ZINNAT® 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT® 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT® 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. **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.** Comprese 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** (foruncoli, 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 250 mg	N. Cucchiaini Zinnat 250 mg	N. Cucchiaini
3 mesi - 6 mesi	6-7	60-70 2x/die	1/2 (2,5 ml)	
6 mesi - 2 anni	7-12	70-120 2x/die	1/2 - 1 (2,5 - 5 ml)	
2 anni - 6 anni	12-21	120-190 2x/die	1 - 1 1/2 (5 - 7,5 ml)	1/2 - 3/4 (2,5 - 3,75 ml)
>6 anni	>21	250 2x/die	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 2x/die	3/4 - 1 (3,75 - 5 ml)	
6 mesi - 2 anni	7-12	105-180 2x/die	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 2x/die	1 1/2 - 2 (7,5 - 10 ml)	3/4 - 1 (3,75 - 5 ml)
>6 anni	>21	250 2x/die	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 reazioni anafilattiche alle penicilline. Come con altri antibiotici, una terapia prolungata con ZINNAT® può causare lo sviluppo opportunistico di germi non sensibili (per esempio *Candida*, enterococchi, *Clostridium difficile*) che può richiedere l'interruzione del trattamento. Virtualmente con tutti gli antibiotici ad ampio spettro (inclusi macrolidi, penicilline semisintetiche e cefalosporine) si sono verificati casi di colite pseudomembranosa: di conseguenza è importante considerarne la causa nei pazienti che presentano diarrea in corso di terapia con antibiotici. Tali forme di colite possono variare da lievi a molto gravi. Il trattamento con antibiotici ad ampio spettro altera la normale flora del colon e può facilitare la crescita dei clostridi. Gli studi effettuati hanno evidenziato che una tossina prodotta dal *Clostridium difficile* è la principale causa della colite associata all'uso di antibiotici. Forme lievi di colite pseudomembranosa rispondono in genere favorevolmente alla semplice interruzione del farmaco. In forme moderate o gravi il trattamento deve includere la sigmoidoscopia, opportune ricerche batteriologiche e la somministrazione di liquidi, elettroliti e proteine. Nei casi in cui la colite non migliori dopo la sospensione del farmaco e nei casi gravi, la somministrazione di vancomicina per via orale costituisce il trattamento di scelta della colite pseudomembranosa da *Clostridium difficile* indotta da antibiotici. Devono essere escluse altre cause di colite. Nel trattamento di pazienti diabetici si deve considerare il contenuto di saccarosio di ZINNAT® - Granulato per sospensione orale in flacone o in Bustine e 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 nei test del ferro cianuro, 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, necrosi epidemica tossica (necrosi esantematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattia da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito in una piccola percentuale di pazienti; come con altri anti-

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

# Zinnat®

acetossietilcefuroxima

## sospensione 250mg/5ml



### Nuova Confezione

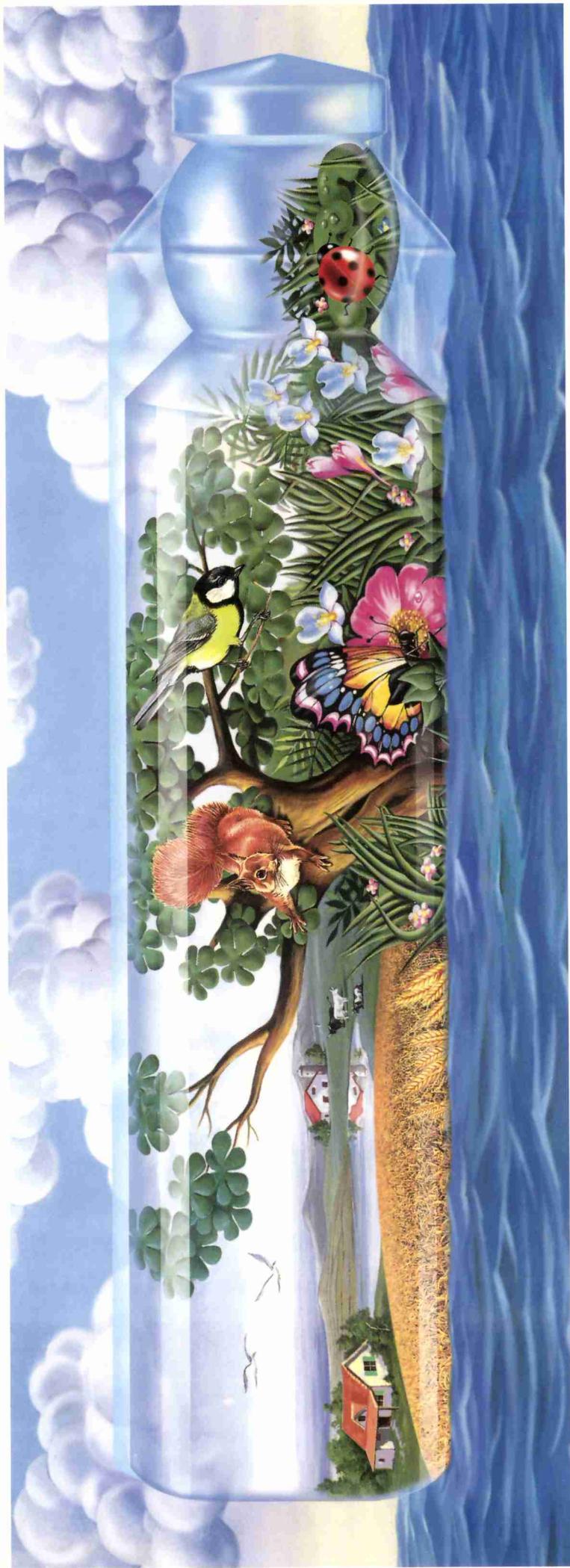


**Pari efficacia  
in metà volume di sospensione**

**per una migliore compliance**

**GlaxoWellcome**

*L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.*



**ENTEROGERMINA®**

*lo recupera e lo mantiene.*

  
sanofi~synthelabo  
otc