

Quaderni acp

volume VII - numero 5

www.acp.it

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

Settembre-Ottobre 2000

La discussione sul capitale sociale

*La specializzazione in Pediatria in Italia:
cosa ne pensano gli specializzandi?*

Vivere da bambini: com'è?

*Dalle visite filtro al Self Help.
Cronaca di una evoluzione*

*L'assistenza materno-infantile
nei piani sanitari regionali*

*Colombia: appunti di viaggio
da una terra di calamità
naturali ed umane*

*Ma è davvero buona
la nuova convenzione?*

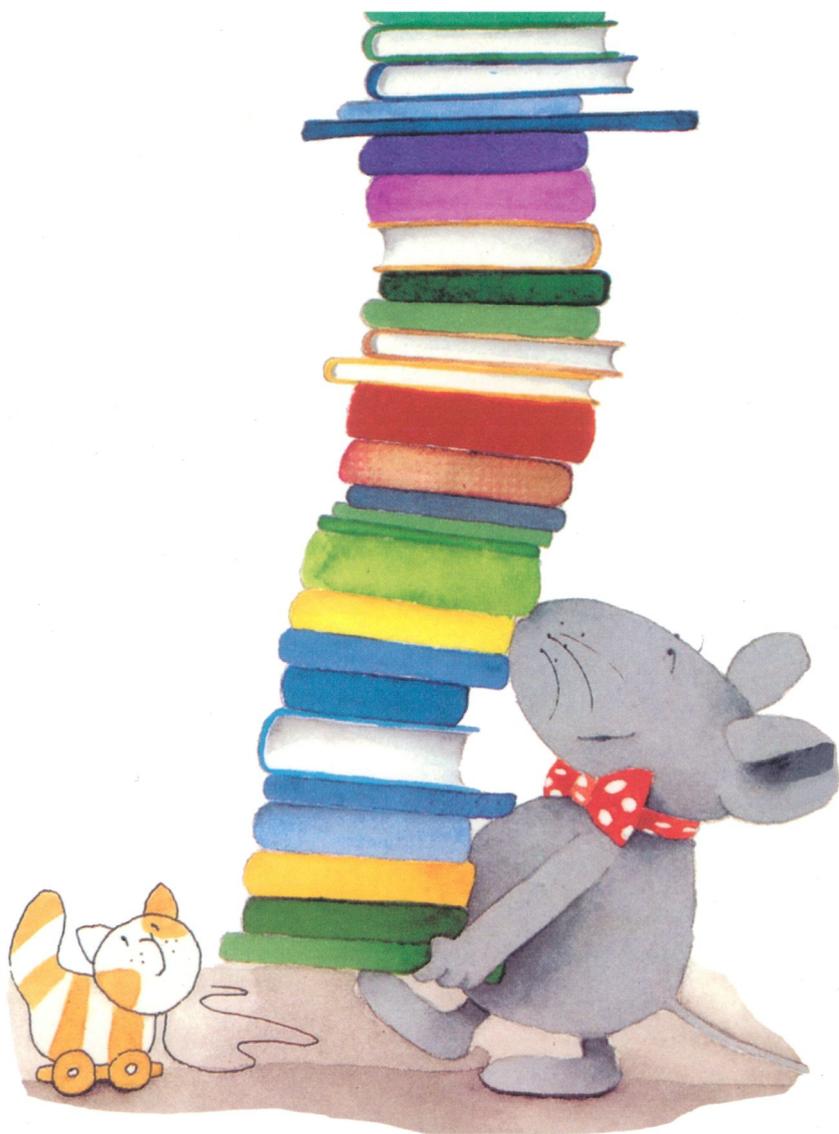
Vi ricordate l'ICMESA di Seveso?

Allattamento al seno e classe sociale

La sua bimba ha un solco "scimmiesco"

*Ricerca in banca dati per la compilazione
di linee guida per la diarrea acuta*

*Screening della sordità.
A che punto siamo?*



edizioni no profit
ACP

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

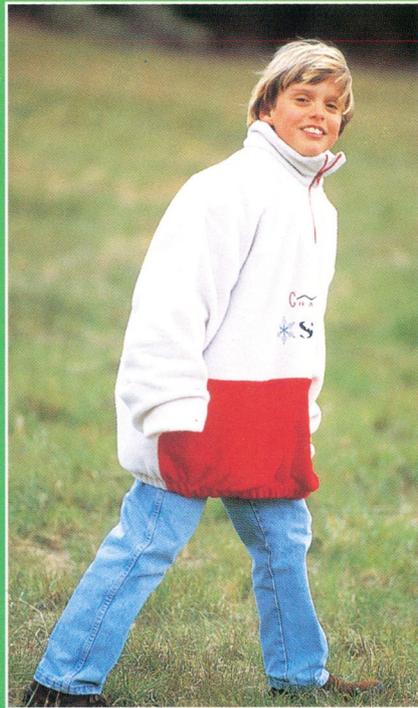
4. Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica. Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ippoglossio in funzione del suo contenuto di Retinolo (Vit A) e di Colecalciferolo (Vit D). L'assunzione delle due vitamine stimola il normale accrescimento corporeo del bambino e svolge inoltre le specifiche azioni delle singole vitamine: antiinfettiva, protettiva degli epitelii ed antixerofalmica per la Vit. A, soprattutto regolarizzatrice del ricambio calcio fosforo per la Vit. D. L'Acido ascorbico, parimenti contenuto nell'Haliborange, svolge un ruolo di primo piano nei processi ossidoriduttivi cellulari, salvaguardando dalle facili ossidazioni e dalla conseguente inattivazione numerose sostanze biologicamente attive. La vitamina A viene assorbita rapidamente nell'intestino in presenza di grassi e bile; l'emoconcentrazione è massima dopo 3-5 ore dalla somministrazione; il fegato costituisce un notevole deposito di vitamina A, che mobilita secondo necessità. Il fabbisogno giornaliero normale cresce in rapporto all'accrescimento ponderale, nella gravidanza, nell'allattamento, ecc. La vitamina D viene assorbita nell'intestino in presenza di grassi e di bile; si deposita in vari organi da cui viene ceduta lentamente. I depositi costituiti dall'alimentazione non sono rilevanti, per cui se la dieta o l'assorbimento sono insufficienti e se la provitamina depositata nella cute non viene trasformata in vitamina D dai raggi ultravioletti della luce del sole, è facile l'instaurarsi di ipo o avitaminosi. La tossicologia della vitamina A e vitamina D per via orale viene discussa nel paragrafo 5.8 relativo all'iperdosaggio. 5. Informazioni cliniche. 5.1 Indicazioni terapeutiche. Condizioni nelle quali può verificarsi un aumento nel fabbisogno di vitamine A e D: periodo della crescita, gravidanza, allattamento. 5.2 Controindicazioni. Ipersensibilità individuale accertata verso il prodotto, ipercalcemia. 5.3 Effetti indesiderati. Non segnalati. 5.4 Precauzioni per l'uso. Dosi eccessive o trattamento prolungato con alte dosi di vitamina A o D possono causare i sintomi caratteristici di ipervitaminosi. Non superare quindi le dosi consigliate. Ove si osservino sintomi o fenomeni di qualsiasi tipo, interrompere il trattamento e consultare il medico. 5.5 Impiego in gravidanza e nell'allattamento. La gravidanza e l'allattamento sono tra le indicazioni terapeutiche del farmaco. Durante la gravidanza l'uso del prodotto deve avvenire sotto diretto controllo del medico (vedi avvertenze) e comunque non deve superare 1 cucchiaino al dì. 5.6 Interazioni. Non segnalate. 5.7 Posologia e somministrazione. Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, (es. nel poppatoio) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti.

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

HALIBORANGE®

Vitamine A, D e C

Nell'età della crescita



● Haliborange nel periodo della gravidanza

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

● Haliborange nel periodo dell'allattamento

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

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

per l'irrobustimento delle ossa, una normale dentizione, la vista e il sistema immunitario. **Posologia:** Compresse: bambini da 1 a 3 compresse al dì. Adulti: 2-6 compresse. Emulsione: sotto il 1° anno di età 1 cucchiaino diluito in acqua, 3 volte al dì. Dopo il 1° anno: 2 cucchiaini 3 volte al dì. Adulti: 1 cucchiaino 2 volte al dì dopo i pasti. Salvo diversa prescrizione medica.

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

Compresse:
25 compresse
Classe C
RR-ricetta medica



Sommario

Settembre - Ottobre 2000 volume VII, numero 5

Editoriale

- 6 La discussione sul capitale sociale
Giancarlo Biasini

Organizzazione sanitaria

- 8 Secondi secondo l'OMS non nelle politiche per l'infanzia
8 I nuovi capi si chiamano così
8 Parole e parole. Inglese per giunta

Ricerca

- 10 La specializzazione in Pediatria:
cosa ne pensano gli specializzandi?
Simona Di Mario, Marina Macchiaiolo

Letture

- 14 Vivere da bambini perdendo l'autonomia?
Bianca Pizzorno

Libri

- 16 Stephen King, *Cuori in Atlantide*
16 Jean-Francois Bouvet, *Gli spinaci sono ricchi di ferro*
17 Robert Louis Stevenson, *Il mio letto è una nave*
17 Sándor Márai, *Le braci*
17 Francesco Antinucci, *Computer per un figlio*

Esperienze

- 18 Dalle visite filtro al Self Help. Cronaca di una evoluzione
Franco Mazzini, Oscar Rossi

Info

- 22 Acido Folico (preparati utili),
multivitaminici e cardiopatie
22 Atti del convegno sui DMI
22 Tempi duri per i troppo bravi
22 L'Italia non è più un paese di analfabeti... ma
22 Circoncisione
22 OMA e OME... opatia
23 Meningite da HIB in calo in Italia
23 Gli incubi
23 GIMBE per gli specializzandi
23 Celiachia: l'ipotesi zonulina
23 Due dosi di vaccino anti-epatite B
23 Abstract della Cochrane in italiano
23 Da una parte si allunga...
23 OMA e latte materno

World-Info

- 24 SVIZZERA - Nubi nere su OMS e UNICEF?
24 IRAQ - Embargo e mortalità infantile
24 BANGLADESH - Malnutrizione massiva
24 UK - Disuguaglianze e malformazioni
24 TURCHIA - Fumatori e tolleranti
24 UK - Peso sì (con giudizio), lunghezza no!
25 USA - L'incredibile battaglia del Kansas
25 AUSTRIA - Ad ognuno la sua Misurina
25 IRLANDA - Via i bambini dai reparti psichiatrici adulti

Medici, medicine e letteratura

- 26 Bravo! Grazie!
Ettore Petrolini

Film per ragazzi

- 27 L'estate di Kikujiro
Italo Spada

Organizzazione sanitaria

- 28 L'assistenza materno-infantile nei piani
sanitari regionali
Redazionale

Osservatorio internazionale

- 30 Colombia: appunti di viaggio da una terra
di calamità naturali ed umane
Maurizio Bonati

Tribuna

- 34 Ma è davvero buona la nuova convenzione?
Gaetano Milioto

Leggere e fare

- 38 Vi ricordate l'ICMESA di Seveso?
Redazionale
39 Un marker di qualità. Rapporto fra cortisonici
e broncodilatatori inalatori
Giancarlo Biasini
39 Diabetici: genetica e ambiente
Sergio Conti Nibali
40 Convulsioni febbrili.
Si sedano prima per via nasale
Sergio Conti Nibali
40 Nuovo test prenatale per la sindrome di Down
Giancarlo Biasini
41 Ripetiamo: i corsi formano, i congressi no
Giancarlo Biasini
41 Terapia del reflusso VU.
Anatomia di un fallimento
Giancarlo Biasini
42 MICI e calprotectina
Lucio Piermarini
42 Trappola solo per topi
Lucio Piermarini
42 Ferro e prematuri. Meglio con meno
Lucio Piermarini
43 Regno Unito: controllare i controlli
Lucio Piermarini
43 Cresce... non cresce...
Lucio Piermarini

Bambini con bisogni speciali

- 44 Allattamento al seno e classe sociale
Giuseppe Cirillo

Il caso che insegna

- 46 La sua bimba ha un solco "scimmiesco"
*Sergio Conti Nibali, Pierpaolo Mastroiacovo,
Sandra Perobelli*

abc in pratica

- 50 Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"
Antonella Brunelli

Saper fare

- 52 Ricerca in banca dati per la compilazione
di linee guida per la diarrea acuta
Sergio Amari, Elena Bergamini

Il punto su

- 56 Screening della sordità. A che punto siamo?
Redazionale

Lunibron®

Flunisolide



NUOVO DOSAGOCCE® CON STANTUFFO GRADUATO

NUOVO ASTUCCIO CON REGOLO POSOLOGICO



Lunibron® 30 mg/30 ml

Soluzione da nebulizzare
Flunisolide

VALEAS



④ Posizionare la linea rossa in corrispondenza del peso corporeo e quindi leggere il numero di gocce da somministrare 2 volte al giorno

**POSOLOGIA
BAMBINI E ADULTI**
SALVO DIVERSA
PRESCRIZIONE MEDICA

n° di gocce

11 2 volte al giorno

① Vedi lato
②
③ indicato

CLASSE A

VALEAS

VALEAS S.p.A. - INDUSTRIA CHIMICA E FARMACEUTICA
VIA VALLISNERI 10, 20133 MILANO

Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Settembre - Ottobre 2000 volume VII, numero 5

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Direttore organizzativo

Giovanna Benzi

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 Siracusanò

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 Hanne Turk, edito da Nord-Sud edizioni. Le illustrazioni all'interno sono di Gary Blehm tratte da "PENMEN" di S. Gary Blehm, edito da Harcourt Brace.



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: info@unclick.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>

La discussione sul capitale sociale

Giancarlo Biasini

Centro per la Salute del Bambino ONLUS, Trieste - Napoli - Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 6-7

Qual'è l'importanza dei legami culturali e solidaristici sulla salute e sulla promozione dei fattori di protezione? Il dibattito in corso ne sottolinea il ruolo ma rileva anche la richiesta di uno sviluppo economico e di una corretta politica di gestione delle risorse per la correzione delle disuguaglianze nella salute. Ma quanto di questo si discute in Italia fra gli operatori sanitari e sociali?

Il *capitale sociale* (CS) è argomento del quale si discute molto, anche se poco nel nostro paese. Nella letteratura scientifica del 1981 si trovano venti citazioni, tra il 1991 ed il 1995 centonove, dal 1996 ad oggi oltre millecinquecento.

Il primo problema sta nella definizione di CS, per la quale sono in discussione le basi teoriche, il secondo nella possibilità di misurarlo (Cirillo G, *Quaderni acp* 1999;3:54), il terzo nel chiarimento di quali sono i suoi rapporti con la salute o, forse meglio, con il mantenimento/correzione delle disuguaglianze nella salute.

Quanto alla definizione è in fondo accettata una certa grossolana equivalenza fra CS e coesione sociale; è cioè accettata l'identificazione del CS con tutti quei legami *orizzontali*, culturali e solidaristici, formali ed informali, di famiglia, di amicalità, di vicinato, di scuola, di fabbrica, di quartiere che, alla fine, si esprimono in un effetto di area che supera la sommazione delle caratteristiche positive individuali. In aree con "forte" CS, ad esempio, l'accesso ai servizi (e quindi una maggiore eguaglianza di fronte a questi) può diventare più facile e meno vischioso e può superare difficoltà sia connesse alla struttura fisica dell'area che a quella organizzativa e di offerta dei servizi. Anche la disponibilità e la facilità/difficoltà dei servizi ad essere utilizzati può seguire la stessa sorte. La caduta del CS, ed in genere la disintegrazione sociale, può fare, per contro, divenire più difficili da gestire aree precedentemente meglio servite dai servizi. In questa visione il CS fa parte, insomma, della competizione fra fattori di rischio (fr) e fattori di protezione (fp); è anzi la somma, o il moltiplicatore, di molti fp ed è tempo, si sostiene, di valorizzare i fp (Palmonari A, Semprini R, *Quaderni acp* 2000;1:48) accanto a quelli di rischio.

C'è chi fa notare, ad esempio, che nel nostro paese le campagne pubblicitarie promosse dai ministeri (Pubblicità Progresso) hanno enfatizzato solo i fr (in agguato ci sono l'AIDS, la droga, le morti del sabato sera, la violenza e l'abuso di minore); questi fr sono stati eletti a normalità o ad unica faccia della medaglia del vivere dell'infanzia e dell'adolescenza ed inducono ad una visione dell'universo infantile e giovanile tutta al negativo e quasi senza scampo, invece di enfatizzare il lato positivo del progresso evidente della condizione infantile (1) sul piano sanitario e sociale o suggerire ai ragazzi visioni positive (frequentare biblioteche o teatri o cinema), invece che puramente negative (evitare lo sballo del sabato sera).

La visione che abbiamo presentato è, nei suoi tratti principali, di tipo solidaristico e si basa sull'enfasi della possibilità degli uomini e dei gruppi di sviluppare legami *orizzontali* e quindi sul sostegno, sia da parte dei privati che dello Stato, alle associazioni non profit del cosiddetto terzo settore.

Una visione "neomaterialista", invece, ritiene il solidarismo collateralmente utile anzi necessario, ma sottolinea che i legami *orizzontali* sono insufficienti a migliorare le condizioni di salute in maniera cospicua ed eguale e sostiene che l'enfasi va posta soprattutto sui fattori *verticali*: cioè sulla rivendicazione della necessità di uno sviluppo economico guidato (aumento del PIL/pro capite) e di una corretta gestione politica delle risorse.

Quando la gestione politica *verticale* è scorretta accade quello che i nuovi meridionalisti, con sempre maggiore appoggio di dati, sostengono che sia accaduto in Italia dopo l'unità; la politica postunitaria dello Stato italiano, con il suo eccesso di centralismo e la sconfitta delle ten-

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

denze culturali di gran parte della cultura federalista, che pure era stata presente nelle componenti laiche e cattoliche risorgimentali e post-risorgimentali, ha velocemente aumentato la disintegrazione sociale nel mezzogiorno. Le statistiche dimostrano (Ciotti F et al. *Quaderni acp* 1999;3:35) che, prima dell'unità, la mortalità infantile italiana era sotto la media in Piemonte e Sardegna, Granducato di Toscana, Regno delle due Sicilie e sopra la media nel Lombardo-Veneto austriaco e nello Stato della Chiesa; situazione grossolanamente speculare a quella attuale. Secondo questa visione "neomaterialista" la concezione solidaristica del CS può essere considerata soltanto un aspetto del *supporto sociale* che aiuta i cittadini a muoversi all'interno di un sistema che comunque non offre loro le possibilità che offre ai gruppi avvantaggiati; è un metodo per sopravvivere che non cambia la situazione. Lynch su *J Epidemiol Comm Health* 2000;54:408 ironicamente sostiene che il CS (inteso come legame sociale *orizzontale*) all'interno della mafia è certamente altissimo e confligge, ahinoi!, vittoriosamente con il CS della società in cui "opera". Sostengono i neomaterialisti che senza una analisi dei determinanti di politica economica, senza un investimento orientato di risorse da parte del pubblico difficilmente si miglioreranno le condizioni di salute delle comunità. Anzi: la stessa istituzione di servizi su base solidaristica, anche potenzialmente utili, rischia di nascondere la realtà dando l'illusione che essa possa essere affrontata episodicamente, rischio per rischio, senza intaccarne i meccanismi di fondo. I sostenitori di questa ipotesi portano in appoggio alla loro tesi (*più sviluppo = più salute*) i dati della Banca Mondiale del 1997 che dimostrano che la salute (misurata con l'attesa di vita e posta in relazione materiale con adeguato e razionale apporto calorico, acqua pulita, riduzione dei rischi ambientali, città vivibili, case che proteggano dal caldo e dal freddo) è in relazione diretta con PIL/pro capite nei paesi in via di sviluppo e, sia pure in misura meno decisiva, anche nei paesi sviluppati. C'è anche chi concorda con i neomaterialisti che senza sviluppo economico non c'è miglioramento delle condizioni di salute, ma fa rilevare come lo sviluppo da solo, senza un intervento di politica dei redditi, non può influire beneficamente sulla salute e porta in appoggio alle proprie tesi, in una visione che qualcuno chiama "neo-marxista", le condizioni di vita collegate alla rivoluzione industriale inglese alla fine del XIX secolo che - pur in presenza di un grosso aumento della ricchezza pubblica - comportarono una compromissione della salute nelle popolazioni povere. Questa sarebbe una lezione per il XXI secolo per il quale c'è chi sostiene, in una sorta di visione neocapitalistica di sviluppo ad ogni costo, che la molla dello sviluppo potrà portare di per sé ad un miglioramento delle condizioni di salute. Qualcuno, all'interno di questa visione, sostiene che il CS stesso attraverso la sua base di connessione sociale è uno strumento di accesso alle risorse culturali e sociali nelle società capitaliste che oramai sono le società di tutto il mondo: il CS potrebbe diventare, quindi, prima strumento di difesa e poi di competizione di classe; qualcosa che ricorda le Società di Mutuo Soccorso, della sinistra e cristiane, che servirono prima a proteggere le condizioni di

salute di operai e contadini italiani della valle padana nella seconda metà dell'ottocento e diventarono poi, divenute sindacato, uno strumento di lotta di classe. Pare evidente che, al di là di qualche evidente astrattezza, le due visioni della funzione del CS siano interconnesse e che il rischio da evitare sia quello antico di salire, scalino dopo scalino, fino all'immobilismo delle "contraddizioni del sistema", insieme a quello di non rendersi conto che le soluzioni *orizzontali* non sembrano potere essere risolutive del problema dell'eguaglianza di fronte al bisogno di salute. Senza un forte intervento *verticale* non si intacca, ad esempio, il problema principale di tutti i bambini europei: la loro espulsione dal tessuto urbanistico delle città la cui modificazione richiede l'impiego di risorse economiche enormi e non è sufficiente una politica di "aiuto al pedone" o il volenteroso ritaglio di "giardinetti tutelati" a risolvere il rapporto bambino-città. Così la forte presenza di CS o di altre correzioni *orizzontali*, come gli asili nido in regioni come la Lombardia o l'Emilia-Romagna, non corregge l'atteggiamento delle coppie verso l'unico figlio e fa pensare che sia da modificare la politica, non solo economica ma soprattutto culturale (il bambino non è una matrioska di apocalittici fr), verso la famiglia. Quanto e come su questo possano agire anche i pediatri, e quanto sia ragionevole che il SSN si aspetti da loro in una operazione di rinnovamento culturale lunga almeno una generazione, e dal risultato incerto, e come li possa preparare e compensare, è argomento per un'altra volta. ■

(1) Roberto Volpi (*C'erano una volta i bambini* La Nuova Italia, ed. 1998, pp. 113, Lit. 15.000) *elenca una serie di dati che testimoniano come "i rischi" dell'infanzia siano in Italia diminuiti rispetto al passato. Nel 1971 i figli naturali riconosciuti da ambo i genitori erano il 16,5%, nel 1998 l'85%. Gli infanticidi 12 nel 1985, 4 nel 1994, 3 nel 1995. La violazione degli obblighi di assistenza familiare negli ultimi 5 anni è passata da 5445 a 4017. I minorenni italiani denunciati sono diminuiti tra il 1991 ed il 1996 da 37000 a 33000. I minori di 10 anni deceduti per morti violente sono passati da 2009 nel 1971 a 684 nel 1991. I morti per incidenti stradali 0-14 anni sono scesi in vent'anni da 721 (7,6% di tutti i morti per incidenti stradali) a 174 (2,7%). I suicidi di minori di 18 anni erano 74 nel 1994 e 55 nel 1995.*



Secondi secondo l'OMS non nelle politiche per l'infanzia

In verità qualche dato di quelli utilizzati dall'OMS per definire l'Italia fra coloro che hanno uno dei migliori Servizi Sanitari lo avevamo portato anche noi nell'editoriale di *Quaderni acp* di marzo-aprile; dall'attesa di vita al buon rendimento del sistema. L'OMS, dunque, confrontando i sistemi di assistenza sanitaria attivi nel mondo ha stilato, e pubblicato il 22 giugno 2000, una classifica nella quale l'Italia è seconda dopo la Francia per il rendimento globale del SSN.

Una posizione, dobbiamo confessarlo, inattesa; attesa invece per l'assistenza all'infanzia, visto che siamo solo al 14° posto per la riduzione delle disuguaglianze nella mortalità sotto i 5 anni ed abbiamo davanti tutta l'Europa (tranne la Germania), il Giappone e Israele. Altre posizioni di basso profilo per noi sono la nostra posizione (24° posto) nella capacità di rispondere alle richieste di salute dei cittadini ed alla capacità di orientamento dei cittadini stessi all'interno delle offerte del sistema.

I dati positivi: l'Italia è, come si diceva sopra, seconda nel rendimento globale del sistema (che è una classifica globale che comprende e riassume tutte le altre), terza nel livello di salute, undicesima nei risultati globali ottenuti. Che poi fra i sette paesi primi nella classifica ce ne siano cinque del bacino del mediterraneo (nell'ordine Francia, Italia, San Marino, Malta, Spagna) e che, quindi, condizioni diverse dai servizi sanitari e connesse con la famosa dieta mediterranea abbiano potuto influire sulle classifiche (specialmente sull'attesa di vita senza disabilità) è certamente lecito supporlo. Ma tutto sommato non è affatto sbagliato sostenere che il Rapporto è per l'Italia soddisfacente e non bisogna dimenticare, per valutare la correttezza dello studio, che ad esso hanno soprinteso Murray C, che è direttore dell'OMS per le politiche di tutela della salute (che lo ha disegnato), e Frenk J, che dell'OMS è direttore per la politica informativa della salute. I giornali italiani

“indipendenti” hanno commentato poco questo che in fondo è un attestato di buona sanità. Rientra nelle attese: continueranno a titolare a piena pagina solo notizie come “Primario incriminato”. *Il Giornale* ha fatto dell'ironia, *Il Corriere della Sera* lo ha pubblicato con sorpresa, *Il Sole 24 Ore-Sanità* con scetticismo (sono cose che “lasciano il tempo che trovano” che è un commento discutibile per un giornale tecnico).

Diverso l'atteggiamento nel mondo: Eisenberg J, direttore dell'Agenzia per la ricerca sanitaria in USA (paese che esce largamente insoddisfatto dal rapporto), ha definito l'indagine “di grande importanza per l'OMS e per gli USA per i quali si conferma che il problema è di distribuire con chiarezza una salute più eguale nel paese” e Gill Walt delle Health Policy Unit di Londra ha notato che forse l'indagine serve più agli intenti di intervento finanziario dell'OMS che alle possibilità di rimediare le carenze dei singoli stati, ma comunque “il rapporto è attendibile e valido e quindi utile”. Qualche ironia, in Italia, è stata fatta sulla posizione dell'Oman paese ritenuto di non alta civiltà sanitaria che è risultato ottavo; ironie che non tengono conto - come ha dichiarato a *The Lancet* (2000;355:2223) Frenk J, uno dei due responsabili del progetto, che questo paese è partito nel 1970 da una mortalità infantile del 230/1000, ma ha fortemente investito nelle infrastrutture per la salute, nei sistemi di accessibilità delle cure ed ha adottato un sistema di finanziamento per tassazione che - dice il Rapporto - ha il merito di possedere la migliore “chiarezza finanziaria”. La cattiva posizione degli USA nella classifica finale e riassuntiva (37°) ha sorpreso solo chi non ha conoscenze del sistema di quel paese che spende le cifre più alte del mondo per la salute senza ottenere risultati men che discreti: gli USA sono i primi capacità di risposta, cioè per efficienza, ma sono 24° per attesa di vita, 32° per le disuguaglianze nella mortalità sotto i 5 anni; tutto questo giustifica l'affermazione di Eisenberg che abbiamo sopra riportata e ci fa ritornare ad Arcibald Cochrane ed al suo scetticismo sull'efficienza senza efficacia.

g.c. b.

I nuovi capi si chiamano così

Le nuove denominazioni dei capi nel SSN, dopo la riforma ter e gli accordi sindacali, sono le seguenti.

Si chiama *Direttore* chi dirige un Dipartimento, un Distretto, un Presidio ospedaliero (strutture complesse); è nominato dal Direttore generale con selezione pubblica. Si chiama *Responsabile* il capo della struttura semplice: vecchi moduli con personale dedicato a valenza dipartimentale (in genere le terapie intensive neonatali) o sub-dipartimentale (neonatalogia, gastroenterologia, ecc.). È nominato dal direttore del Dipartimento con selezione interna.

L'istituzione della struttura semplice a “valenza dipartimentale” è materia introdotta dal contratto; non è prevista dalla 229/99 ed è probabile che su questa si scatenino contenziosi.

Si chiama *Dirigente* il capo del modulo professionale che non gestisce personale dedicato; è nominato dal direttore del Dipartimento con selezione interna ed al contrario dei due precedenti non è esonerato dalla guardia (*Sole 24 Ore - Sanità* 8/21 agosto 2000).

g.c. b.

Parole e parole Inglesi per giunta

Nella sua relazione sullo stato del SSN il ministro Veronesi ha detto che stiamo passando da un *Welfare State* (uno stato che si occupa di darci assistenza) ad una *Welfare Community* (una intera comunità che si assume la responsabilità di assicurarsi benessere).

Veronesi specifica: da un *Welfare Market*, fondato su relazioni competitive fra i soggetti che producono servizi sanitari, si deve passare ad un *Welfare Mix* nel quale all'impegno pubblico si affiancherà una pluralità di nuovi soggetti e non solo degli operatori della sanità. E se cominciassimo a parlare più semplice?

g.c. b.

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

nasino
chiuso...

secchezza delle mucose...

Libenar[®]

*Sotto un nasino libero,
il sorriso.*

LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

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

È indicata:

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

LIBENAR GEL NASALE

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

È indicato per:

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



IN FARMACIA

LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Per neonati e bambini piccoli:

- Flaconcini da 5ml in confezioni da 12 e 24
- Spray da 40ml

Per i più grandi, mamme in attesa comprese:

- Spray da 125ml

LIBENAR GEL NASALE

Per nasi e nasini di tutta la famiglia:

- Bomboletta da 20ml

Sono dispositivi medici. Libenar soluzione fisiologica CE0459 - Libenar gel nasale CE
Per l'uso leggere attentamente le istruzioni.

Libenar[®] soluzioni per nasi e nasini



Ricerca

La specializzazione in pediatria: cosa ne pensano gli specializzandi?

Simona Di Mario*, Marina Macchiaiolo**

*Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale, "Burlo Garofolo", Trieste

**Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 10-12

Obiettivi: descrivere l'organizzazione nella formazione delle scuole di specializzazione di pediatria (SSP) in Italia, identificarne i punti critici e sottolineare le esperienze innovative.

Metodi: sono stati inviati questionari a 36 SSP finalizzati ad investigare l'organizzazione della didattica, della formazione pratica, il grado di soddisfazione e le aspettative degli specializzandi.

Risultati: sono stati compilati 76 questionari da circa 300 specializzandi di 19 SSP. Le risposte differivano a seconda della scuola di appartenenza. È stato possibile evidenziare alcune iniziative innovative messe in atto in singole SSP quali periodi di frequenza in ospedali differenti dal proprio e modalità di didattica complementari alle lezioni tradizionali. Fra i punti critici è emersa la scarsa attenzione ad argomenti importanti per la salute del bambino e la mancanza di una figura di riferimento.

Commenti: la variabilità nell'organizzazione delle SSP sottolinea la mancanza di un piano formativo. Con questo lavoro si spera di contribuire al dibattito attualmente in corso sulla riorganizzazione della formazione pediatrica post-laurea che appare, anche sulla base di questi dati, essenziale.

Per corrispondenza:
Simona Di Maio
Istituto "Burlo Garofolo", Trieste

Il compito delle scuole di specializzazione è di formare buoni professionisti; tale obiettivo è raggiungibile investendo risorse nella programmazione e realizzazione di adeguati tirocini teorico-pratici nei diversi campi di interesse. Ciò è molto complesso in pediatria, settore in cui coesistono numerose sottospecializzazioni. Sull'argomento della formazione post-laurea si trovano in letteratura diversi studi statunitensi (1-15) e solo pochi studi europei e italiani (16-17).

Obiettivi

- Descrivere l'organizzazione della formazione teorico-pratica nelle diverse scuole di specializzazione in pediatria (SSP) in Italia, evidenziando gli elementi più importanti così come vengono percepiti dagli specializzandi.
- Valorizzare le esperienze innovative già introdotte in alcune delle realtà osservate.
- Identificare gli eventuali aspetti critici.

Metodi

Si tratta di uno studio di tipo descrittivo basato sulla compilazione, da parte degli specializzandi di pediatria, di un questionario formulato ad hoc.

Delle trentotto SSP esistenti in Italia è stato possibile contattarne trentasei. Ad ognuna delle trentasei sedi sono stati inviati via fax o tramite posta elettronica quattro questionari; si richiedeva agli specializzandi appartenenti allo stesso anno di corso di compilarne uno in comune. Per ogni domanda era possibile segnare più risposte in caso di non uniformità di opinione.

Il questionario costituito da ventuno domande a risposta multipla e tre domande a risposta aperta, era volto a raccogliere informazioni su:

- organizzazione della didattica (tempi, modalità, argomenti trattati)
- organizzazione dell'assistenza clinica (tempi, modalità, luoghi, referenti)
- soddisfazione degli specializzandi
- aspettative degli specializzandi

Sono state inoltre raccolte e sistematizzate le note osservazionali di tipo qualitativo.

I dati, raccolti nel periodo maggio-ottobre del 1999, sono stati inseriti in un apposito database utilizzando il programma di analisi statistica EpiInfo 6.04.

Risultati

Sono stati ricevuti settantasei questionari compilati da circa trecento specializzandi (considerando una media di quattro specializzandi per anno di corso) appartenenti a diciannove SSP (50% del totale). Prima di presentare i risultati della ricerca è giusto ricordare che secondo la legge italiana che regola l'attività didattica e assistenziale degli specializzandi di medicina, l'orario settimanale deve essere almeno pari a quello di un assistente di 1° livello, cioè a 35 ore/sett.. Per la parte didattica il piano di studi fissa a 200 il monte ore per ciascun anno di specializzazione (media di 5 ore/sett.) e stabilisce le materie che devono essere affrontate nel corso della specializzazione.

1. Organizzazione della didattica

(Tempi, Modalità, Argomenti trattati)

Tempi: le ore previste per la didattica sono in media di 6,3/sett. con un ampio range di oscillazione (0-20); le ore realmente dedicate sono invece di 5,2/sett. (range 0-20), spesso concentrate in due mesi dell'anno (nessuna differenza fra i vari anni di corso).

Modalità di insegnamento: la lezione tradizionale è risultata la modalità più diffusa (93,4%) seguita dalla discussione dei casi clinici (76,3%), conferenze (43,4%), elaborazione/discussione di protocolli di reparto (35,5%), partecipazione attiva a ricerche (30,3%), revisione della letteratura (25%), elaborazione/discussione di linee guida (19,7%), verifiche interne (15,8%). In 26 casi (34,2%) gli specializzandi prendono parte a corsi di formazione aggiuntivi su temi specifici, questo è vero soprattutto nel corso dell'ultimo anno (11/26). Per il resto l'organizzazione didattica non mostra differenze fra i vari anni di corso.

Docenti: sono rappresentati esclusivamente o per la maggior parte da universitari nel 70% dei casi, da ospedalieri nel 35,5%, da altre figure solo nel 4%.

Argomenti trattati: era stata proposta una lista di temi considerati attualmente complemento essenziale agli insegnamenti clinici tradizionali ed era stato chiesto se e quanto ogni singolo argomento venisse affrontato in maniera sistematica (risposte possibili: Molto, Poco, Mai). Riportiamo nella **tabella 1** le risposte.

2. Organizzazione dell'assistenza clinica

(Tempi, Modalità, Luoghi, Referenti)

Tempi: anche in questo settore le risposte sono state molto variabili. Le ore di assistenza previste sono in media 34,9/settimanali (range 6-55); le ore di assistenza prestate di fatto sono in media 43,3/sett. (range 8-65).

Tabella 1. Lista degli argomenti "irrinunciabili": quanto sistematicamente vengono affrontati durante il corso di specializzazione?

Argomenti	Molto	Poco	Mai
Allattamento al seno	53%	29%	28%
Ped. ambulatoriale	37%	38%	35%
Uso banca dati	24%	34%	47%
Epidemiologia ped.	22%	45%	37%
Handicap/Disabilità	16%	34%	54%
Counselling	14%	26%	66%
Salute pubblica	14%	46%	43%
Evidence Based Medicine	14%	31%	58%
Abuso/Maltrattamento	14%	42%	50%
Disturbi apprendimento	13%	39%	51%
Ped. comunità	13%	53%	39%
Gestione servizi sanitari	12%	22%	70%
Immigrazione	6%	35%	64%
Farmacoeconomia	5%	18%	79%

Modalità: la maggior parte degli specializzandi (91%) frequenta vari reparti ospedalieri come previsto dalla propria scuola di specializzazione, l'8% frequenta per l'intero corso di studi un unico reparto perché così imposto dalla scuola di appartenenza (dato particolarmente sconcertante).

Luoghi: nel 21% dei casi gli specializzandi frequentano anche ospedali diversi dal proprio, sia in Italia che all'estero. Quasi la metà degli specializzandi che frequenta un ospedale differente dal proprio lo fa durante l'ultimo anno di specializzazione. Solo il 10% degli specializzandi ha la possibilità di frequentare gli ambulatori dei pediatri di base e quasi sempre durante gli ultimi due anni di corso; nessuno frequenta mai il distretto.

Referenti: l'attività ospedaliera (a letto del malato, in ambulatorio, in pronto soccorso, in sala parto, guardia diurna, guardia notturna) viene svolta con una supervisione nell'83% dei casi circa. L'attività ambulatoriale e a letto del malato è sempre supervisionata per gli studenti del primo anno di specializzazione e nel 50-65% dei casi per gli studenti degli anni successivi. La guardia notturna viene espletata di regola sotto la supervisione di uno strutturato; nel 20% dei casi per gli specializzandi del 3°-4° anno e nel 5% per gli specializzandi del 1° anno la guardia notturna viene al contrario svolta senza supervisione. Per i restanti parametri (ore di attività clinica, modalità) differenze sostanziali si riscontrano in relazione alle diverse sedi delle scuole.

3. Giudizio generale

(Miglioramento, Soddisfazione, Grado di preparazione per affrontare il futuro, Aspettative per il lavoro futuro)

Miglioramento: il 92% riferisce di aver accresciuto in qualche misura il proprio sapere (43% molto, 27% abbastanza, 30% poco).

Soddisfazione: il 76% si dichiara soddisfatto dell'organizzazione del corso (3% molto soddisfatto, 61% abbastanza, 36% poco). Il 97% desidera alcune modifiche nell'organizzazione della didattica e/o della pratica, in particolare l'84% desidera modificare la didattica e l'81% l'assistenza clinica, la restante parte non specifica quali modifiche desidera.

Grado di preparazione per affrontare il futuro: il 27% giudica la preparazione insufficiente, il 62% sufficiente, l'11% buona.

Aspettative per il lavoro futuro: il 34% prevede o desidera un posto come pediatra ospedaliero, il 43% come pediatra ambulatoriale, il 4% desidera lavorare in distretto, il 4% come ricercatore, i restanti hanno altre aspettative (lavoro privato, ecc.) o sono incerti (questi ultimi più numerosi fra gli specializzandi dell'ultimo anno); per gli altri parametri non sono state riscontrate differenze fra i vari anni di corso.

Conclusioni

Il quadro che si delinea in base ai risultati del questionario è multiforme. Vi è un'ampia variabilità (8-65 h/sett) nel numero di ore dedicato all'assistenza clinica con differenze che dipendono dalla sede della SSP. Anche l'articolazione dell'assistenza clinica dipende dalla sede di appartenenza (ad esempio in alcune sedi si fa la guardia notturna anche senza supervisione e

anche durante il primo anno di corso, in altre non si frequenta mai la sala parto). Stessa variabilità si registra, per quanto riguarda le ore dedicate alla didattica, da zero (?) a 20/settimanali. Le lezioni sono in molti casi ritenute dagli specializzandi poco formative come risulta dal diffuso desiderio di modificare l'organizzazione didattica.

In alcuni casi gli specializzandi denunciano: "Assistiamo alle stesse lezioni, sempre sugli stessi argomenti, durante l'intero arco della specializzazione". Al di là di questa variabilità che rende inappropriata qualsiasi generalizzazione, è possibile identificare alcuni punti comuni nell'organizzazione delle SSP: per quanto riguarda l'attività clinica quasi la totalità delle SSP prevede una rotazione fra i diversi reparti di pediatria/neonatologia; dal versante dell'insegnamento la maggioranza delle SSP affianca alle lezioni tradizionali la discussione dei casi clinici, la revisione della letteratura, ecc.

Se su questi punti che possiamo definire sicuramente positivi c'è già uniformità di comportamento, uno sforzo ancora deve essere fatto per replicare alcune esperienze positive che sono per il momento sperimentate solo in poche sedi, come la pratica presso ambulatori di pediatri di base e la possibilità di frequentare per periodi medio-lunghi (6-12 mesi) ospedali diversi, anche all'estero.

Fra gli aspetti negativi va sicuramente sottolineata la scarsa attenzione rivolta allo studio di argomenti "nuovi" ma fondamentali per la preparazione del "pediatra del 2000" (immigrazione, handicap, disturbi dell'apprendimento, epidemiologia, ecc.). Si ha la sensazione di essere rimasti agli aspetti "tradizionali" della medicina universitaria: diagnosi, clinica e trattamento delle malattie pediatriche.

Questo è supportato dall'altro dato sulle figure dei docenti che risultano essere rappresentati nella quasi totalità dei casi da universitari, che possono risultare "culturalmente lontani" da una visione più articolata della pediatria reale. Un ultimo aspetto di rilievo è l'apparente contraddizione fra l'opinione dei più (92%) che ritengono di aver migliorato il proprio sapere e che si dichiarano globalmente soddisfatti (76%) della SSP, ed il fatto che la quasi totalità (97%) degli specializzandi desidera modificare l'organizzazione della SSP e contemporaneamente ritiene la propria preparazione insufficiente (27%) o solo sufficiente (62%).

In realtà meno del 40% degli specializzandi sente di aver "accreciuto molto" il proprio sapere (e sorprendentemente non sono gli specializzandi del 4° anno) e meno del 3% riferisce di essere "molto soddisfatto", i restanti sono solo "poco o abbastanza soddisfatti".

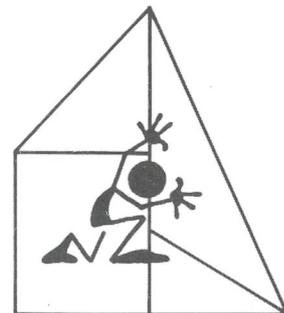
I quattro o cinque anni di specializzazione equivalgono temporalmente ad una laurea, molto tempo quindi, ed essere solo "poco o abbastanza soddisfatti" non può bastare così come non può essere considerato un risultato soddisfacente il fatto che la maggioranza consideri solo "sufficiente" la propria preparazione. È auspicabile che questo lavoro, che nonostante i suoi limiti fornisce un quadro sufficientemente rappresentativo del punto di vista degli specializzandi, contribuisca al dibattito sulla formazione post-laurea del pediatra. ■

Bibliografia

- (1) Strasburger VC. How not to train pediatric residents. *Clin Pediatr (Phila)* 1999;38:297
- (2) Emans SJ et al. Adolescent medicine training in pediatric residency programs: are we doing a good job? *Pediatrics* 1998;102:588
- (3) Olson CA et al. A community pediatrics/public health rotation for pediatric residents. *Acad Med* 1998;73:598
- (4) Roberts KB et al. The University of Massachusetts Medical Center office-based continuity experience: are we preparing pediatrics residents for primary care practice? *Pediatrics* 1997;100:E2
- (5) Weiss V et al. To teach is to learn twice. Resident teachers learn more. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:190
- (6) Del Beccaro MA et al. Pediatric residents in the emergency department: what is their experience? *Ann Emerg Med* 1998;31:49
- (7) White CB et al. Teaching residents to teach. An instructional program for training pediatric residents to precept third-year medical students in the ambulatory clinic. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:730
- (8) Diekema DS et al. An ethics curriculum for the pediatric residency program. Confronting barriers to implementation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:609
- (9) Kelley C et al. Pediatric residency training in the normal newborn nursery. A national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:511
- (10) Kosower E et al. Comparison of pediatric resident and faculty learning styles: implications for medical education. *Am J Med Sci* 1996;312:214
- (11) Morgan ER et al. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:638
- (12) Kaplowitz PB et al. The effect of the pediatric clerkship on medical student attitudes toward pediatrics at 11 medical schools. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:435
- (13) Bradford BJ. School health in pediatric residency training: 1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:315
- (14) Marcante KW et al. How pediatric educators know what to teach: the use of teaching scripts. *Pediatrics* 1999;104:148
- (15) Clemens CJ. Community experiences for residents: building a better rotation. *Pediatrics* 1999;104:135
- (16) Espinosa-Huerta E et al. Ability of pediatric residents to read critically research papers. *Rev Invest Clin* 1997;49:469
- (17) Del Torso S et al. Primary care pediatrics in Italy: eighteen years of clinical care, research, and teaching under a national health service system. *Pediatrics* 1997;99:E8

Referenti locali

Nadia Mazzoni (Ancona), Gabriella Corchia (Cagliari), Giacomo Tornambene (Catania), Vittoria Rizzo (Ferrara), Federica Barni (Firenze), Cinzia Sforzini (Milano I), Sabrina Rossi (Modena), Francesca Campanozzi (Napoli Federico II), Mara Zambruni (Padova), Silvia Bianchi (Pavia), Anna Biscarini (Perugia), Antonella Amendolea (Pisa), Marina Macchiaiolo (Roma UCSC), Antonella Curreddu (Sassari), Mariarosaria Matera (Siena), Gianmaria Terragni (Torino), Simona Di Mario (Trieste), Carla Pittini (Udine), Nadia Elerdini (Verona).

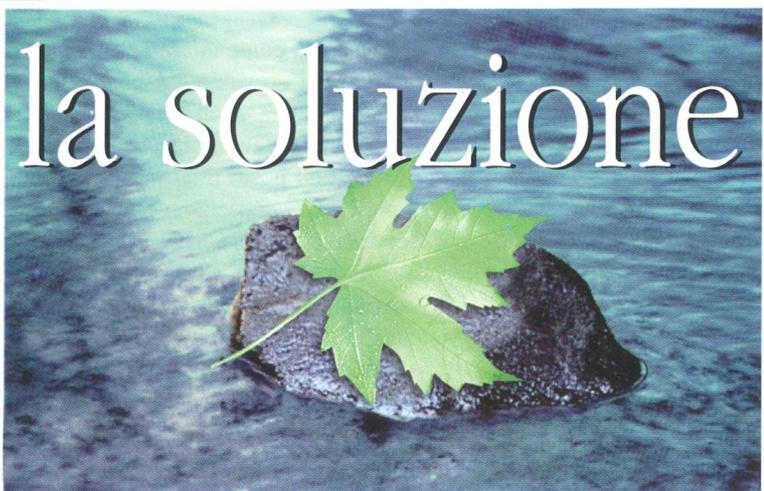


INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze



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

Clenil[®] A

beclometasone dipropionato



...e **Fluibron A**
ambroxol



 **chiesi**

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

Vivere da bambini perdendo l'autonomia?

Bianca Pitzorno

Scrittrice per ragazzi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 14-15

Bianca Pitzorno è autrice di libri per ragazzi. Sul numero 1/2000 di Quaderni acp, Anna Grazia Giulianelli ha recensito il suo "Extraterrestre alla pari". Mondadori junior ha di recente ripubblicato il suo primo romanzo "Sette Robinson su un'isola matta" del 1973. È stata addetta ai programmi Rai per i più piccoli. Ha collaborato alla trasmissione televisiva "l'Albero azzurro". Abbiamo letto su un quotidiano un suo articolo che ci sembrava particolarmente adatto per Quaderni acp. Abbiamo chiesto all'autrice di rielaborarlo per la nostra rivista.

In Sardegna, come in altre regioni del sud, esistono ancora, lontano dalle rotte turistiche, paesi a economia prevalentemente agricolo-pastorale, piccoli, relativamente tranquilli, circondati dalla campagna. In uno di questi paesi vive Maria Gavina, 27 anni, che lavora come lavapiatti in un Motel a venticinque chilometri di distanza. Ha il diploma di ragioniera, ma non è riuscita a trovare un posto migliore. È sposata, ha due figli e deve contribuire al mantenimento della famiglia. Ci conosciamo per caso e incominciamo a chiacchierare. Quando sente che vivo "in Continente" e che scrivo libri per bambini, corre a prendere la borsetta e piena d'orgoglio mi mostra due piccoli album gonfi di fotografie appena stampate: "Il saggio di danza di mia figlia Samantha!". Samantha ha sette anni. Le foto nostrano un paio di occhi neri e asciutti di noi sardi in contrasto con i capelli ossigenati, biondo platino. Va a scuola di danza moderna due pomeriggi alla settimana. Per il saggio di fine anno indossa un abito da adulta piuttosto provocante, completo di cappellino, come quelli delle sfilate di Beautiful. Non è un "costume teatrale" cucito dalla sarta del paese per l'occasione, ma un "abito da cerimonia" comprato in una boutique per bambini di Cagliari e costato alla madre quasi un mese di salario. Sembra che in quel paese la scuola di ballo sia frequentatissima da maschi e femmine nonostante il costo piuttosto salato. Ci sono molti bambini con la passione per la danza? - chiedo incuriosita a Maria Gavina.

- No. Ma non c'è altro da fargli fare al pomeriggio. Intuisce una qualche perplessità nel mio sguardo e mi apostrofa aggressiva: "*Perché? Solo i bambini di Milano hanno il diritto di andare a scuola di ballo?*"

- "I bambini di Milano" - penso - non hanno la fortuna di una campagna bella come la vostra proprio vicino a casa. Non possono arrampicarsi sugli alberi, correre, saltare sulle rocce. Non possono uscire da soli, giocare sul marciapiede o nel giardinetto al centro della piazza. Da soli non possono nemmeno attraversare la strada per andare all'edicola a comprare le figurine. A quanto pare questa possibilità di uscire da soli e di giocare in campagna che per me è una fortuna e per Maria Gavina sarebbe una vergogna, non ce l'hanno più nemmeno i bambini di paese. L'indomani vado a conoscere Samantha e il fratellino Thomas, che hanno una "cameretta" comprata a rate, così piena di peluche e giocattoli in plastica che quasi non si riesce a entrare. Fuori, sulla strada, passa un gregge di pecore, guidato da un uomo anziano che probabilmente ha qualche rapporto di parentela con i due fratellini. Ad ogni modo il paese è così piccolo che sicuramente lo conoscono.

È la stagione degli agnellini. Sono graziosissimi, seguono le madri traballando sulle gambe sottili. Thomas e Samantha non hanno il permesso di scendere a guardarli da vicino, e quanto a toccarli, prenderne uno in braccio, Dio ne scampi!

Però hanno il permesso di stare seduti per tutto il tempo che vogliono davanti al televisore, qualsiasi programma vada in onda, magari una bella lite familiare aizzata con aplomb da Maria De Filippi. La nonna, che li custodisce quando la madre è al lavoro, accende la televisione quando arriva, e non la spegne quando se ne va, perché adesso è il turno dei genitori dei due bambini di incollarsi al teleschermo.

Samantha, quando vede la madre, prima ancora di salutarla le chiede: "*Mi hai comprato la casa di Barbie?*"

Thomas pianta una grana con urla e lacrime perché Maria Gavina non gli ha portato non so quale mostro protagonista di uno spot pubblicitario. - "*Ogni sera è così - sospira la madre - i soldi non bastano mai*". Apparecchia per la cena. Nei ristoranti della Costa Smeralda i turisti

Per corrispondenza:
Bianca Pitzorno
via Procopio 6, 20146 Milano

ordinano per dessert le “seadas”, a base di formaggio sardo e miele. Sul piatto di Samantha e di Thomas c’è “Fruttolo”, il formaggio alla frutta che secondo lo spot televisivo piace tanto ai bambini.

Sebbene i loro genitori non possano definirsi ricchi, Thomas e Samantha, come la grande maggioranza dei loro coetanei europei e statunitensi, consumano ogni anno una quantità di cibo, servizi e oggetti quaranta o cinquanta volte superiore alla quantità consumata da un bambino di un paese in via di sviluppo. Magari a Natale comprano i cartoncini augurali dell’Unicef e si sentono molto generosi all’idea di aiutare quei “poveri bambini”.

Ma stanno davvero meglio di loro? Sono davvero più felici? Hanno tutte le cose realmente necessarie? Cosa serve a un bambino per crescere in modo armonioso e diventare, prima che un adulto, una persona? Mi sembra che un elenco delle cose irrinunciabili comprenda, a pari merito:

- cibo sano in quantità sufficiente;
- un tetto sulla testa e degli abiti che proteggano dal freddo o dal caldo;
- igiene, prevenzione delle malattie e assistenza sanitaria;
- istruzione, per poter capire il mondo e fare scelte consapevoli;
- tempo e spazio per il gioco;
- affetto e attenzione da parte degli adulti;
- libertà dal loro controllo ossessivo e promozione dell’autonomia.

A prima vista parrebbe che a Samantha, Thomas e a tutti gli altri “nostri” bambini non manchi nessuna di queste cose. I loro genitori possiedono in genere nozioni di puericultura e psicologia un tempo sconosciute e sono convinti non solo di poter garantire ai figli il necessario, ma anche di poter scegliere per loro il meglio, grazie a un mercato che offre una gamma vastissima di opportunità.

Ma se torniamo a esaminare uno per uno i bisogni appena elencati vedremo che proprio il mercato - le strategie di marketing e la conseguente pubblicità - di libertà di scelta ne lascia molto poca.

Il cibo che mangiano i nostri bambini, tra merendine industriali, formaggini di dubbia origine, hamburger di carne di scarto, non è sano ed è spesso troppo. L’obesità è molto diffusa tra gli scolari e la ginnastica non è un’occasione per stare all’aperto,

muoversi, respirare “aria buona”. Si va in palestra, in piscina al coperto, anche nei piccoli centri dove la natura è ancora raggiungibile. Per quanto riguarda i vestiti, seguire la moda, nell’Italia degli stilisti e dei “made in Italy” è diventato l’unico imperativo categorico che riguarda tutte le fasce d’età, anche chi compra gli abiti nei grandi magazzini. Gli unici ad esserne risparmiati sono i barboni e gli anziani poveri. Le pressioni dell’industria dell’abbigliamento sono così forti che se per esempio quest’anno vanno di moda il verde marcio e il lilla, un bambino o una bambina che vogliono vestirsi di rosso non lo possono fare. Primo, perché non trovano in commercio nessun vestito di quel colore. Secondo perché se una nonna che sa ancora cucire trova uno scampolo rosso e gli fa il vestito in casa, poi a scuola i compagni li isolano e li sbeffeggiano perché non sono “trendy”.

Prevenzione e assistenza sanitaria anche nel ricco occidente industrializzato - se il passaggio della Sanità dal pubblico al privato si realizzerà come auspica qualcuno - diventeranno sempre più una cosa da ricchi. Il concetto che l’istruzione debba prima di tutto formare “umanisticamente” la persona, dotarla di senso critico, di creatività, attrezzarla per saper godere della bellezza, è passato di moda. Alla scuola i teorici della new economy non chiedono di guardare al suo interno, ai suoi bambini e alla loro crescita come esseri umani. Chiedono, impongono di guardare fuori, alle altre scuole, con invidia e rivalità. Il suo primo dovere è quello di essere competitiva e di abituare i bambini alla competizione. Deve fornire solo conoscenze tecniche, deve preparare alla guerra per contendersi i pochi posti di lavoro che resteranno sulla terra (s’intende pochi posti di lavoro ben pagato. Di lavoro massacrante, incerto, pericoloso e con paghe da fame, ne resterà comunque per tutti, compresi quegli altri bambini del Terzo Mondo che non abbiamo sotto gli occhi). Il lavoro infatti non servirà agli studenti occidentali, una volta cresciuti, a realizzarsi o a sentirsi utili, ma solo a guadagnare sempre di più per poter continuare, con sufficiente denaro, a far girare, come scoiattoli in gabbia la ruota infernale del consumo di merci inutili.

Il gioco “vero”, quello di cui i piccoli hanno bisogno come del cibo, richiede cose che non si possono comprare: spazi sicuri, tempo non regolamentato, autonomia dal controllo adulto. Poiché queste cose non sono in commercio, poiché non arricchiscono nessuno, di fatto non esistono, sono scomparse.

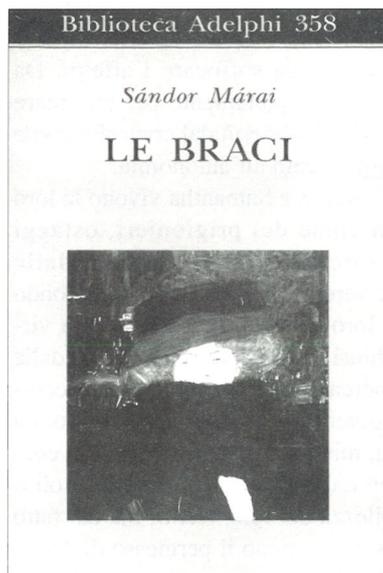
L’attenzione degli adulti, stimolata da mille paure reali e create ad arte, diventa così ossessiva da soffocare l’affetto. Da sopprimere completamente per eliminare ogni rischio. La libertà dal controllo come l’incoraggiamento all’autonomia.

I nostri Thomas e Samantha vivono la loro infanzia come dei prigionieri, ostaggi delle paure dei grandi, protetti dalle minacce vere e immaginarie di un mondo che per loro diventa ogni giorno più virtuale. Chiusi in gabbia, come Hansel, dalla strega-mercato, che li rimpinzia di leccornie per poterli a sua volta divorare. Io, da bambina, misuravo la felicità dei miei coetanei non dal numero dei loro giocattoli o dalla bellezza dei loro vestiti, ma dal fatto che avessero o meno il permesso di “uscire da soli”. Durante una recente manifestazione indetta dall’Unicef sono stata invitata insieme a Lella Costa e a Simona Marchini a raccontare “Storie di bambini nel mondo”. Simona Marchini ha raccontato di una sua recente esperienza in un villaggio dell’Africa, dove il senso di solidarietà, l’affetto reciproco, il rispetto per i bambini, la loro autonomia e responsabilità l’avevano conquistata. Io ho raccontato dei miei piccoli amici cubani, che tutte le mattine escono da soli per andare a scuola, e poi giocano sicuri nelle piazze e sui marciapiedi. Quando sono finiti i discorsi, ci siamo guardate in faccia perplesse. Eravamo andate per sostenere l’aiuto ai poveri bambini affamati del Terzo Mondo da parte dei “nostri” bambini sazi e fortunati.

E avevamo raccontato di una libertà, di una felicità che i nostri avevano perduto e quegli altri avevano ancora. Al di fuori del paradosso, è chiaro che tutti i bambini hanno diritto al cibo, alla salute, all’istruzione e all’affetto degli adulti. Ma è così ineluttabile che questi diritti debbano venire barattati con l’autonomia e la libertà? Pancia piena e uscire da soli sono davvero due cose incompatibili? ■

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Mai mettere una parola dove puoi piazzare un paragrafo, mai piazzare un paragrafo dove puoi mettere un intero capitolo: più o meno così qualche anno fa, un malevolo recensore commentava l'ipertrofia che sembrava affliggere le storie di Stephen King: ma intanto *It* continuava a conquistare il mercato delle vendite.

Lo stesso malevolo recensore potrebbe oggi scrivere che King ha scritto *Cuori in Atlantide*, come si dice, per assicurarsi un posto più "rispettabile" nelle future storie letterarie, o almeno fra i critici contemporanei.

Accademici superciliosi che lo disprezzano solo perché è il più venduto fra gli scrittori. La concezione di Stephen King, quella che emerge dai suoi romanzi, è che il destino dell'uomo si realizza al di fuori delle vicende della storia, in una dimensione astratta, senza tempo, magica e carica di potenzialità. C'è una stagione dell'uomo in cui la vita è ancora carica di promesse e di magia: è l'infanzia.

Ma per diventare uomini si deve tradire l'infanzia. "Allora (quando erano bambini) avevano avuto tutto nelle loro mani: ne era più che sicuro", così riflette Sully-John, uno dei personaggi del libro che è passato attraverso l'inferno del Vietnam.

"Ma i bambini perdono tutto quello che hanno, i bambini hanno mani scivolose e buchi nelle tasche e perdono tutto". Traspone questa struggente nostalgia dell'infanzia, questa età in cui la realtà è ancora un misto di attuale e di possibile.

Molto pertinente la presentazione nel risvolto di copertina: "Cuori in Atlantide, simbolico e allusivo già a partire dal titolo - un popolare gioco di carte e il nome in gergo del Vietnam - è composto da cinque episodi consequenziali e tra loro collegati, ambientati nei decenni che vanno dal 1960 al 1999. Ciascuno contiene occulte premesse che si sviluppano poi in maniera bizzarra e inaspettata".

Nicola D'Andrea

Stephen King *Cuori in Atlantide* Sperling & Kupfer ed. 2000, pp. 584, Lit. 39.400



Il rosso infuria i tori, gli antibiotici danno un senso di stanchezza, le piante verdi non si devono tenere in camera da letto, è meglio dormire con la testa verso nord: spesso non ci si chiede se simili affermazioni siano fondate o no. Invece questo libro se lo domanda e confronta con dati scientifici una serie di luoghi comuni tra i più celebri, tra cui, ovviamente, "gli spinaci sono ricchi di ferro".

Prendendo spunto da ciascuno di essi, l'autore di questo singolare dizionario unisce l'analisi e l'ironia per smontare piccoli e grandi pregiudizi, mettendo a confronto le conoscenze scientifiche con le imbarazzanti convinzioni della saggezza popolare.

Organizzato in ordine alfabetico per parole chiave, il libro può essere letto saltando da una voce all'altra secondo la curiosità e l'umore del momento, il che aumenta il piacere di scorrerlo.

A proposito nel decennio 1890-1900, un ricercatore americano ha fatto l'autopsia di una foglia di spinacio, ma, così vuole la leggenda, la sua segretaria ha avuto la sventura di commettere un errore di battitura alla riga iron: complice un tasto, e questa delizia dello stomaco si è vista attribuire una dose eccezionale di ferro.

Il piccolo errore di virgola (trenta milligrammi anziché tre) verrà in seguito corretto negli anni Trenta, quando alcuni scienziati tedeschi ristabiliscono la verità, ma invano.

Franco Dessì

Jean-Francois Bouvet *Gli spinaci sono ricchi di ferro*, Raffaello Cortina, 1999, pp. 184, Lit. 24.000

In tema di Nati Per Leggere: Robert Louis Stevenson, l'autore di *Il dottor Jekyll e Mr Hyde* e dell'*Isola del tesoro*, dedicò alla sua "nutrice" Cummy, qualche anno prima di morire, una raccolta di versi nei quali riandava alle fantasie di immagini e di viaggi della sua fanciullezza evocate dai racconti e dalle letture che la sua Cummy gli proponeva alla sera prima di addormentarlo e che egli rivedeva e riviveva nella sua notte, trasformando il suo letto in una nave nella quale Cummy, con le sue letture ed i suoi racconti lo imbarcava. Scrive Stevenson, nella poesia che apre il volume e che è dedicata a Cummy: "angelo di un'età meravigliosa/per tutte le fiabe che mi hai letto/per la tua mano forte e premurosa/che mi condusse alla terra misteriosa" e si augura che ogni bambino trovi "una come te che lo protegga/e senta una voce dolce e incantatrice/come quella che allor mi rese felice". Stevenson dice che per tutta la vita mai ha dimenticato la voce della sua Cummy e dice ancora che della madre ricorda la voce di una sola occasione: quando essa, in un terribile giorno di tempesta, gli lesse per la prima volta il Macbeth. I versi contenuti nel libro di Stevenson, tradotti in italiano con testo a fronte, da Roberto Mussapi (con qualche leggera forzatura), rievocano le avventure notturne fatte di divani trasformati in spiagge, di tinozze divenute laghi, di ombre divenute montagne insidiose nelle quali il fanciullo cavalca o insegue terribili nemici da sconfiggere. Un grande fabbricante di ombre è il lampionaio Leerie che alla sera le crea, accendendo i lampioni nella strada davanti alla casa e facendo sognare al piccolo nocchiero una vita adulta da lampionaio: "quello che ho sempre voluto Leerie/è accendere i lampioni assieme a te". Dicevamo sopra di Nati Per Leggere. Se non lo avessimo pensato di già il libro di Stevenson ci obbligherebbe a farlo.

Giancarlo Biasini

Robert Louis Stevenson *Il mio letto è una nave* Feltrinelli, Milano 1997 pp. 159, Lit. 29.000

Sándor Márai (1900-1989), nato in Slovacchia, è stato famoso per un certo periodo e poi è stato relegato ai margini (per quarant'anni i suoi libri sono stati messi all'indice dal regime ungherese), per essere riscoperto dopo morte. Capitava spesso. Adelphi sta pubblicando i suoi scritti. *La recita di Bolzano* il suo ultimo libro pubblicato in Italia sta avendo attualmente un grande successo. In questo suo precedente racconto, *Le braci*, due uomini che da giovani sono stati inseparabili (una di quelle amicizie maschili non meno intense del rapporto fra due gemelle omozigoti), dopo quarantun anni, tornano a incontrarsi in un castello ai piedi dei Carpazi. Uno ha passato quei decenni in Estremo Oriente, l'altro non si è mosso dalla sua proprietà. Ma entrambi hanno vissuto in attesa di quel momento. Null'altro contava per loro. Perché? Perché condividono un segreto che possiede una forza singolare: "una forza che brucia il tessuto della vita come una radiazione maligna, ma al tempo stesso dà calore alla vita e la mantiene in tensione". Tra loro, nell'ombra, il fantasma di una donna. "Ma al di là delle donne e del mondo balenava un sentimento più forte di tutto il resto. Un sentimento, noto soltanto agli uomini, che si chiama amicizia".

Nicola D'Andrea

Sándor Márai *Le braci* Adelphi, 1998, pp. 181, Lit. 25.000

Può essere utile il computer a un bambino? Per farne che? Sappiamo che si può scrivere, fare i calcoli, fare i compiti; ma non ignoriamo che l'uso primario che ne fanno i ragazzi è quello di giocare! Quali sono i pro e i contro, i rischi e i vantaggi di questo strumento? A tutte queste domande, e a tante altre, l'autore risponde con una notevole chiarezza e con una straordinaria profondità, mostrando in qual modo le capacità cognitive, il pensiero e il linguaggio del bambino possano essere influenzate dall'utilizzo delle nuove tecnologie interattive basate sul calcolatore e come si siano evolute l'elaborazione, la comunicazione e l'apprendimento delle conoscenze.

Franco Dessì

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



Dalle visite filtro all'autovalutazione. Cronaca di una evoluzione

Franco Mazzini*, Oscar Rossi**

*Pediatria di comunità AUSL di Cesena, **Psicologo di comunità AUSL di Cesena

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 18-19

*Dove va la medicina scolastica?
Gli autori riportano la loro
ultradecennale esperienza su
un progetto che mira a superare
le tradizionali visite filtro.
Questionari ed incontri su gruppi
di tredicenni fanno emergere
i bisogni di salute reali e hanno
permesso l'acquisizione di nozioni
e strumenti di autovalutazione
e "self diagnosis" fino alla
scoperta dei fattori protettivi.*

Al momento dell'istituzione della USL 39 di Cesena (1980) erano in atto le tradizionali visite cliniche, effettuate dal medico scolastico in classi filtro. Con l'istituzione della pediatria di base e la graduale copertura di questa, i bilanci di salute periodici giunsero ad esaurimento in quanto furono affidati ai pediatri di base; la funzione clinica di medicina scolastica passò a loro.

In questa nota raccontiamo l'evoluzione che è stata fatta per passare da una prestazione di medicina scolastica oramai del tutto inutile (la visita clinica al singolo) ad un intervento globale sui preadolescenti in terza media.

Primo passo: l'autovalutazione (1986)

Il progetto iniziale prevedeva un "bilancio di salute" effettuato a scuola a tutti i ragazzi frequentanti la terza media che era, a quel tempo, l'ultimo anno di scuola dell'obbligo in una età in cui la copertura dei pediatri di base era di fatto assente.

Il bilancio comprendeva una valutazione auxologica, la determinazione della pressione arteriosa, ed un colloquio dell'assistente sanitaria (ASV) su argomenti di educazione sanitaria inerenti lo sviluppo puberale, l'alimentazione, le tossicomanie e la prevenzione dei tumori.

Il progetto, derivava da aneddotiche esperienze inglesi che prendevano il nome di "Self diagnosis", ed aveva lo scopo di coinvolgere l'adolescente nell'autovalutazione e tutela del proprio stato di salute in modo che questi acquistasse consapevolezza del proprio stato psico-fisico e fosse responsabilizzato nella propria autostima. Successivamente le esperienze di "Self diagnosis" si sono diffuse in tutta Europa (1,2).

Le assistenti sanitarie, nel corso del bilancio e del colloquio col ragazzo, introducevano il concetto di percentile, l'analisi

delle curve di crescita e insegnavano come si valutano lo sviluppo staturico-ponderale e puberale ed altri parametri sanitari come la pressione arteriosa. Il progetto si connotava, quindi, ancora per un approccio prevalentemente clinico ed informativo sia pure innovativo nei metodi e nel tentativo di formare alla salute.

Secondo passo: i fattori di rischio (1994)

Nel 1994, dopo 8 anni di attività, è stata valutata l'opportunità di raccogliere informazioni, per conoscere più a fondo il mondo e le caratteristiche del preadolescente nella realtà di comunità in cui si opera. Si è conservato il colloquio e la valutazione auxologica, ma è stato studiato un questionario a risposta chiusa, orientato a conoscere le abitudini alimentari, comportamentali, e lo spazio relazionale dei ragazzi delle terze classi. Il questionario è stato compilato dal ragazzo prima del colloquio, ed è stato oggetto d'approfondimento e riflessione nel corso del colloquio consentendo di orientare quest'ultimo più specificamente sui "bisogni" e sui fattori di rischio del ragazzo. I dati relativi al questionario, raccolti e computerizzati si sono dimostrati utili soprattutto per valutare entità e singole situazioni emergenti di disagio psicosociale e per definire interventi specifici di educazione alla salute in collaborazione con la scuola.

Terzo passo: i fattori protettivi (1998)

Nel 1998 si è ritenuto opportuno modificare ulteriormente gli obiettivi e le strategie dell'intervento con un colloquio più personalizzato, volto a sostenere il benessere del ragazzo e più mirato alla riflessione sui fattori protettivi inerenti il concetto di salute che sui fattori di rischio.

Gli argomenti affrontati nel momento forma-

Per corrispondenza:
Franco Mazzini
E-mail: smi@ausl-cesena.emr.it

tivo del personale addetto ai colloqui con il ragazzo sono stati il concetto di salute e la gestione del colloquio con l'adolescente. È stato impostato un nuovo questionario più snello, a risposte aperte, che sollecitasse i ragazzi su argomenti riguardanti il concetto di salute, l'organizzazione del tempo libero, l'immagine corporea, i rapporti con la scuola, gli amici, la famiglia. Il progetto prevedeva che la compilazione fosse effettuata in classe, ad opera dei

l'anno scolastico 1998/1999 ha registrato l'adesione di 1539 su 1578 tredicenni con una percentuale di adesione del 96,9%.

Le adesioni mancate sono state 49 (3,1%), motivate in gran parte dalla non condivisione delle famiglie di questo spazio dedicato agli adolescenti e gestito dagli operatori dell'AUSL. Da parte di queste famiglie si rivendica insomma a se stesse la funzione di educazione anche in campo sanitario.

A chiusura dell'esperienza le ASV hanno valutato, in maniera qualitativa quanto i colloqui abbiano rappresentato per i ragazzi una buona opportunità di dialogo con personale specializzato.

Le tematiche più richieste hanno riguardato il rapporto fra adolescente e genitore e l'immagine corporea. Ai ragazzi è stata sempre offerta una spiegazione dei processi di maturazione puberale e della valutazione auxologica; ciò ha consentito di fare alcune riflessioni sull'immagine di sé. Si è insistito su una proposta positiva di benessere volta a sottolineare i fattori protettivi riguardanti la salute piuttosto che ad enfatizzare l'evitamento di fattori di rischio.

Sono emerse anche alcune situazioni di disagio che sono state affrontate proponendo nuovi colloqui a distanza e creando una rete di collaborazione con gli insegnanti più sensibili alle problematiche relazionali dei ragazzi. È parso anche che la possibilità di ritornare su queste argomentazioni all'interno del gruppo classe, abbia consentito al ragazzo di confermare e di sedimentare le riflessioni effettuate durante il colloquio.

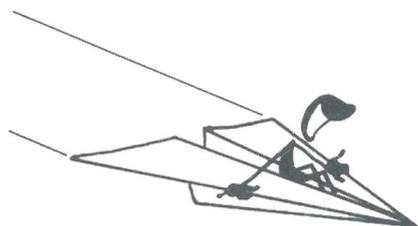
Il costo dell'azione per il 1998/1999 è ammontato a 45 ore per la preparazione e a 774 "ore-ASV" per l'esecuzione.

Conclusioni

Ci è parso che l'esperienza "Self diagnosis", sviluppatasi con successive correzioni nel corso degli anni, possa rappresentare un'occasione per unire la realtà della scuola e quella della sanità in un progetto di collaborazione volto a sostenere il benessere dei preadolescenti aprendo nella scuola spazi d'ascolto e d'accoglienza delle problematiche preadolescenziali riguardanti la tutela della salute. L'attenzione degli adolescenti a questa attività di educazione sanitaria individuale sembra essere un dato assai positivo e risulta in sintonia con il Progetto obiettivo materno-infantile, che nel capitolo "Salute degli adolescenti" ricorda che "... particolare attenzione deve essere riservata a programmi finalizzati alla educazione alla salute attivando contatti con la scuola". ■

Bibliografia

- (1) Tormo MJ et al. Validation of self diagnosis of high blood pressure. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:221
- (2) Mulunpalo N et al. Agreement between questionnaire data and medical record of chronic disease *Am J Epidemiol* 1997;145:762



ragazzi (in presenza dell'insegnante e dell'ASV); nei giorni successivi seguiva il colloquio individuale: l'incontro, dopo la valutazione auxologica che è stata conservata, proponeva un dialogo con il ragazzo a partire dal questionario stesso.

A conclusione del progetto, in alcune scuole l'ASV ha organizzato un incontro con il gruppo classe per riflettere sulle tematiche globali emerse nel corso dell'esperienza del colloquio. Il progetto nel-



Clenil[®]A

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

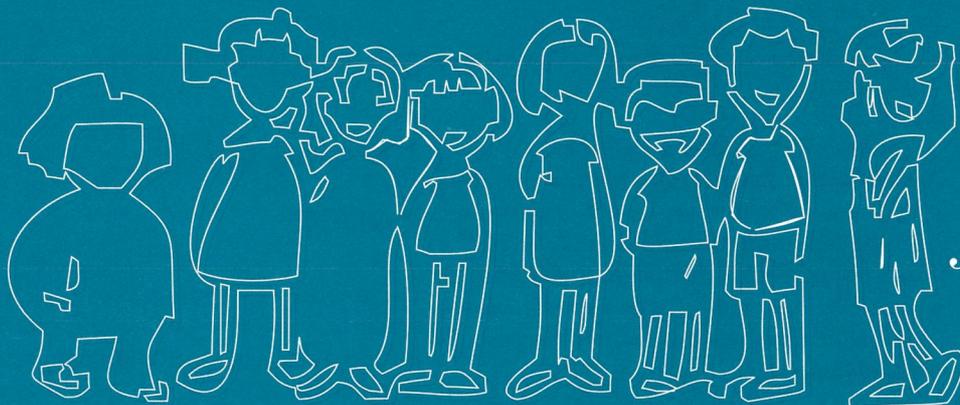
1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE CLENIL A
2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: Beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Flaconcini monodose da 2 ml di sospensione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rino-faringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Per aerosolterapia: Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni** Infezioni virali tubercolari attive o quiescenti locali. Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL-A Monodose. Benchè CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL-A sospensione contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, corticosteroide dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidale ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL-A è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL-A è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Proprietà tossicologiche** **Tossicità acuta:** DL50 (topo per os) > 4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) > 4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. **Tossicità cronica:** ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. **Tossicità genetica:** la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato dibasico biidrato, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 3 anni. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 10 flaconcini monodose da 2 ml - Lit. 9.300. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere 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.

Fluibron A

RIASSUNTO
DELLE CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE Fluibron A Soluzione Monodose.
2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA 100 ml di soluzione allo 0,75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno 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'espertorazione. 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**



*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.

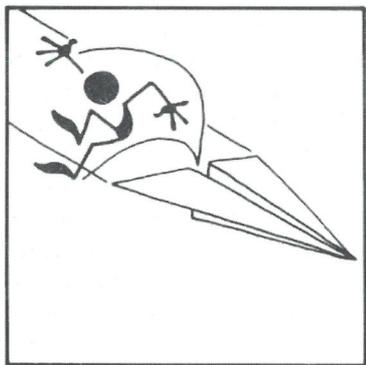
L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

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. 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.

Acido Folico (preparati utili), multivitaminici e cardiopatie

In una lettera a *Medico e Bambino* (2000; 19:220) la ditta produttrice informa che esiste un preparato farmaceutico di acido folico che contiene la dose raccomandata (400 microgrammi) per la profilassi, in pregravidanza e gravidanza, dei difetti del tubo neurale. Si tratta del *B-Vital Totale* (20 compresse, 1000 lire a compressa), commercializzato dalla Pharma-line. Aggiungiamo l'informazione che è in commercio anche un preparato che contiene solo acido folico (400 microgrammi) il *Folin Grav* (100 compresse, 320 lire a compressa) dell'Amnol Chimica Biologica. Recentemente, è stata pubblicata da



Botto e coll. su *American Journal of Epidemiology* 2000;151:878 una notizia sull'utilità dei multivitaminici somministrati alla madre per la prevenzione delle cardiopatie congenite. Si tratta di uno studio di popolazione caso-controllo sui nati fra il 1968 ed 1980. L'uso periconcezionale (3 mesi prima della gravidanza e nei primi 3 mesi di gravidanza) di preparati multivitaminici è stato confrontato con il "non uso" e si è dimostrato associato ad un rischio ridotto (OR= 0,76 - IC= 0,60-0,97) per cardiopatie non sindromiche; più frequentemente l'effetto si è dimostrato utile per i difetti del tratto di efflusso ed il difetto ventricolare settale. Nessun effetto si è avuto quando i multivitaminici sono stati somministrati dopo il 1° mese di gravidanza. La definizione dell'uso dei preparati

vitaminici non è molto soddisfacente: si è chiesto alla madri se avevano fatto uso di vitamine; alla risposta *sì* è stato chiesto se erano state usate vitamine singole (A, B, C o E) oppure no. Le risposte *sì* alla prima domanda e *no* alla seconda identificavano le madri che avevano assunto preparati multivitaminici.

s. c.n.

Atti del convegno sui DMI

Sulla rivista *Crescere insieme* sono usciti gli atti del convegno nazionale sui Dipartimenti materno-infantili tenutosi a Todi il 10 aprile 1999 e promosso dall'ACP. La rivista si può richiedere a: Centro Studi Jacopone, via Tuderte 105 a - 06055 Marsciano (PG).

red.

L'Italia non è più un paese di analfabeti... ma

Il ministro della Pubblica Istruzione, Tullio De Mauro, ha presentato a Roma i risultati di una ricerca internazionale realizzata dal Centro Europeo dell'educazione, durata due anni, sul grado di istruzione della popolazione. Due terzi della popolazione adulta italiana (16-65 anni), pari al 65,5% è da considerarsi a rischio alfabetico, soprattutto per quanto riguarda la scrittura. In pratica il 34,6% di questo gruppo ha una competenza al limite dell'analfabetismo e il 30,9% possiede un patrimonio alfabetico limitato. Gli analfabeti totali sono invece due milioni e hanno un'età superiore ai 45 anni. Solo il 10% della popolazione consegue in Italia un titolo di istruzione o di formazione successivo al diploma. Tra i laureati, infine, solo 17,85% ha un'alta capacità dell'uso della parola scritta. Dati senza dubbio allarmanti anche per noi pediatri che conosciamo bene i rapporti tra istruzione e salute.

p. s.

OMA e OME... opatia

Per stabilire un appropriato disegno di studio per un RCT che compari le cure omeopatiche con quelle allopatriche nel trattamento dell'OMA, è stato eseguito uno studio pilota presso due studi di omeopatia. Di 24 bambini con OMA (8-77 mesi di età) trattati con terapia omeopatica, due sono stati trattati con antibiotico per il fallimento terapeutico. Dai recenti RCT degli olandesi sappiamo che il numero di pazienti da trattare con antibiotico per ottenere una guarigione varia da 7 (per la fascia di età da 6 mesi a 2 anni) a 17 (per i più grandi); tutti gli altri guariscono con i soli sintomatici. Traetene le conclusioni! (*Pediatr Infect Dis J* 2000;19:273).

s. c.n.

Tempi duri per i troppo bravi

Uno studio dei medici di famiglia della Florida (*Journal of Family Practice* 1999;48:23 discusso anche su *Evidence Based Medicine* 1999;4:158) dimostrerebbe che i medici meglio istruiti, sia all'università che successivamente, sono più suscettibili ad incorrere in denunce per imperizia e negligenza. Che sia meglio studiare da ignoranti?

l. p.

Circoncisione

Si riaccende il dibattito sulla circoncisione tra i pediatri USA. La *Task Force on Circumcision* della Accademia Americana di Pediatria è giunta alla conclusione che esiste la dimostrazione di possibili vantaggi della circoncisione neonatale, ma che i dati non sono ancora sufficienti per raccomandarla come procedura di routine (*Pediatrics* 2000;105:641).

Contro queste conclusioni si sono levate molte voci autorevoli, alcune riportate sullo stesso numero della rivista, che ribadiscono la notevole riduzione del numero



di infezioni delle vie urinarie nel primo anno di vita e il minor rischio di cancro del pene. E in Europa?

l. p.

Abstract della Cochrane in Italiano

Sul sito AREAS (<http://www.areas.it/abstract.htm>) sono disponibili gli abstract delle revisioni Cochrane in italiano.

red.

Da una parte si allunga...

Quattro ragazzi italiani di età fra 17 e 25 anni curati con GH per bassa statura, non da deficit di GH, hanno presentato uno scarso sviluppo testicolare, un ipogonadismo ipergonadotropico, alterazioni della struttura testicolare all'esame ecografico e una compromissione della spermatogenesi. Non è sicuro che ciò dipenda dalla terapia con GH, ma è sufficiente per giustificare un approfondimento (*J Pediatr* 1999;135:367).

l. p.

OMA e latte materno

Fra i dieci provvedimenti da adottare per ridurre il numero di bambini con otite e migliorarne la prognosi viene auspicata la promulgazione di leggi che favoriscano più lunghi periodi di astensione lavorativa retribuita per le mamme dopo il parto allo scopo di aumentare la durata dell'allattamento al seno (*Pediatr Infect Dis J* 2000;19:383).

s.c.n.

Due dosi di vaccino anti-epatite B

La FDA e il *The Advisory Committee on Immunization Practices for adolescent* hanno approvato l'utilizzo di due dosi di vaccino anti-epatite B (dose da adulti, 10

microgr Hbs Ag), con la somministrazione della seconda dose a distanza di 4-6 mesi dalla prima, per i bambini dagli 11 ai 15 anni. Non sono state rilevate differenze di immunogenicità con l'attuale regime di 3 dosi, anche se ancora mancano conferme per l'immunità a lungo termine. L'approvazione riguarda, al momento, solo il *Recombinax HB* della Merck (*MMWR* 2000;49:261).

s.c.n.



Meningite da Hib in calo in Italia

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità rilevano che negli ultimi due anni i casi di meningite da Hib sono diminuiti: nel 1995 sono stati riportati 118 casi, 110 nel 1998, 60 nel 1999. Effetti della vaccinazione o casualità?

red.

Gli incubi

Gli incubi dei pediatri che si occupano di SIDS (monitor sì, monitor no) sono finiti: la Foppa Pedretti ha messo in vendita l'*Angel care*, che, posto sotto il cuscino, registra i respiri e se non li sente suona. Vedete com'era facile (per l'industria)? ...

a. b.

GIMBE per gli specializzandi

A Messina gli specializzandi in pediatria hanno partecipato ad un workshop di 4 giorni sulla Evidence-Based Pediatrics organizzato dalla Scuola di Specializza-

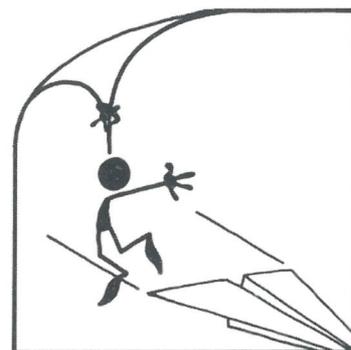
zione in collaborazione con il GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza: <http://gimbe.org/>). Il seminario ha alternato lezioni teoriche con esercitazioni pratiche su PC (un PC ogni 2-3 specializzandi) collegato ad Internet. Alla fine del corso, gli specializzandi hanno imparato, tra l'altro, ad utilizzare correttamente le banche dati di letteratura disponibili e, per il journal club, un software per l'analisi critica della letteratura scientifica (il *CAT-maker*). L'esperienza è risultata di estremo interesse.

s.c.n.

Celiachia: l'ipotesi zonulina

Una ricerca italo-statunitense contribuisce, con un'interessante ipotesi, alla comprensione dei meccanismi patogenetici che stanno alla base della celiachia e delle sue complicanze. *Fasano e coll.* hanno ritrovato una più alta concentrazione di zonulina, una proteina che regola la permeabilità intestinale, nelle biopsie di celiaci in fase florida rispetto ai controlli. L'ipotesi avanzata dai ricercatori è che una maggiore attività della zonulina durante le fasi precoci della celiachia apra le *tight junctions* del piccolo intestino e permetta l'ingresso di allergeni nella sottomucosa, dove verrebbe stimolata una risposta autoimmune; tale processo potrebbe spiegare alcuni aspetti della patogenesi della celiachia e dei disordini autoimmuni ad essa correlati (*Lancet* 2000;355:1518).

s.c.n.



SVIZZERA

Nubi nere su OMS e UNICEF?

Due News del *British Medical Journal* destano non poche preoccupazioni.

La prima riguarda l'OMS (*BMJ 2000; 320:1362*). Specialisti internazionali di alimentazione infantile hanno espresso il loro sconcerto per quanto accaduto ad un recente *joint meeting* OMS-UNICEF tenutosi a Ginevra. Non sarebbe stato consentito di discutere sulle evidenze per l'esclusione di cibi complementari al latte materno prima del sesto mese di vita e alcuni documenti che affrontavano tale problema, redatti durante il meeting, sarebbero stati "revisionati" in modo da renderli meno critici nei confronti delle industrie produttrici di alimenti per l'infanzia. I consulenti avrebbero voluto essere più incisivi nella raccomandazione attuale dell'OMS che afferma che i cibi complementari dovrebbero essere avviati a 4-6 mesi, modificando la raccomandazione in "about 6 months", ma su questo punto la discussione non è stata permessa. Un portavoce dell'OMS ha dichiarato che il ruolo dell'OMS deve essere quello di mettere insieme tutti gli attori che legittimamente sono coinvolti in un qualsiasi problema di salute pubblica e che le industrie di cibi per l'infanzia hanno un ruolo importante e costruttivo in relazione all'alimentazione dell'infanzia. La seconda riguarda l'UNICEF (*BMJ 2000;321:132*); un impiegato dell'UNICEF ha denunciato che si starebbero stringendo accordi tra i massimi livelli dell'UNICEF e alcune compagnie che infrangono regolarmente il codice di commercializzazione dei sostituti del latte materno. *L'International Baby Food Network*, tramite un suo portavoce, ha auspicato che l'UNICEF mantenga le sue prerogative di indipendenza e di difensore dei diritti umani. Carol Bellamy, direttore esecutivo dell'UNICEF, ha inviato un memorandum ai rappresentanti, manager e direttori locali dell'UNICEF, nel quale, tra l'altro, afferma che bisogna dialogare con il settore privato quando si intravede la possibilità di contribuire alla salute dei bambini.

Conflitto di interessi? Speriamo di no.

s. c. n.

IRAQ

Embargo e mortalità infantile

Uno studio commissionato dall'UNICEF nel 1999 ha comparato la mortalità infantile del centro/sud dell'Iraq con quella di una regione autonoma, che ha beneficiato del programma del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite "Oil-for-Food". Nel periodo 1984-1989, dunque prima della guerra del Golfo, la mortalità infantile nelle regioni del centro/sud era del 47/1000, nel periodo 1994-1999 è risultata del 108/1000 e quella sotto i 5 anni è passata dal 56 al 131/1000. Nella regione autonoma durante gli stessi periodi entrambi i tassi di mortalità sono declinati, passando rispettivamente dal 64 al 59/1000 e dall'80 al 72/1000 (*Lancet 2000;355:1851*).

s. c. n.

BANGLADESH

Malnutrizione massima

Sebbene il Bangladesh abbia ridotto, nel corso degli ultimi cinque anni, il numero dei bambini sottopeso del 20% e il numero dei bambini *stunted* del 25%, rimane ancora la nazione con il più alto tasso di malnutrizione del pianeta. Nel Bangladesh ogni giorno muoiono circa 700 bambini per malattie causate dalla malnutrizione.

Circa il 60% dei bambini sotto i 5 anni è sottopeso e più della metà è *stunted*, il 45% dei neonati ha un basso peso alla nascita, il 70% delle donne in gravidanza ha anemia e un peso medio di 40 kg. La Banca Mondiale ha stimato che nel Bangladesh i costi annuali correlati alla malnutrizione sono di 1 bilione di dollari e che saranno persi 22 bilioni di dollari in costi di produttività nei prossimi dieci anni in mancanza di investimenti nel campo nutrizionale.

Basteranno i 92 milioni di dollari stanziati dalla Banca Mondiale per avviare un progetto di supporto nutrizionale? (*Lancet 2000;355:2059*).

g. c. b.

TURCHIA

Fumatori e tolleranti

La passione dei turchi per il fumo è ben conosciuta, tanto è vero che l'espressione "fumare come un turco" è di uso comune. Sembrerebbe che anche i turchi non fumatori non disdegnino poi tanto di respirare il tabacco, seppure passivamente. Infatti, da una ricerca condotta dalla *Philip Morris International* in 10 nazioni su una popolazione di 1000 fumatori e 1000 non fumatori, si rileva che solo il 40% dei turchi è favorevole all'applicazione di leggi che limitino il fumo nei locali pubblici e con questa percentuale la Turchia si colloca all'ultimo posto; l'Italia (per fortuna!) è al primo con quasi il 90% (*Lancet 2000;355:1257*).

s. c. n.

UK

Peso sì (con giudizio), lunghezza no!

Un consensus meeting organizzato a Coventry (UK) dalla *Child Growth Foundation* nel luglio del 1998, centrato sul bambino con difficoltà di accrescimento, ha espresso le seguenti raccomandazioni:

- il peso alla nascita (ma non la lunghezza), correlato con l'età gestazionale, è essenziale sia per la valutazione della crescita, sia come importante dato epidemiologico;
- non è stata trovata alcuna giustificazione per il controllo di routine della lunghezza prima dell'età di due anni, tranne quando





vi sia preoccupazione;

- la lunghezza dovrebbe essere misurata solo quando ci sia preoccupazione riguardo alla crescita del bambino o al suo incremento ponderale;

- i bambini che crescono normalmente dovrebbero essere pesati in occasione delle vaccinazioni e dei controlli di salute, non più di una volta ogni due settimane prima dei sei mesi e di una volta il mese dopo;

- un bambino dovrebbe essere pesato ogni volta che ci sia una preoccupazione clinica;

- i bambini medi (peso alla nascita tra il 9° e il 91° centile) spesso attraversano una fascia di centili durante il primo anno. Una caduta persistente di due fasce di centili giustifica una valutazione più approfondita, che andrebbe primariamente effettuata a livello di base (*Arch Dis Child* 2000;82:5).

l. p.

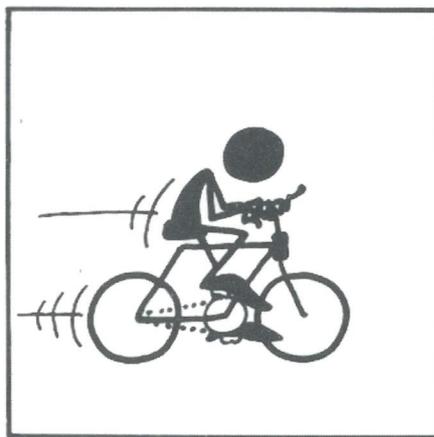
UK

Parte "Sure Start" un progetto di Evidence Based Social Care

Sure Start, partenza sicura, è un'iniziativa del governo inglese che mette insieme servizi sociali, assistenza sanitaria e educazione per bambini 0-3 anni (*Roberts, Arch Dis Child* 2000;82:435). Pubblicheremo su questo progetto un articolo di Aidan Mc Farlane. L'obiettivo è quello di prevenire l'esclusione sociale che è foriera di cattivo destino sociale per il futuro cittadino. Le sedi di attuazione sono le aree svantaggiate ed a rischio sociale, il sistema di funzionamento è *community based*. I bambini coperti dalle prime iniziative dovrebbero essere 150000 in 250 progetti locali, finanziati con 540 milioni di lire fino al 2002, cui si possono aggiungere risorse locali. In sostanza qualcosa di simile alla legge 285, ma con un finanziamento quasi doppio del nostro. Gli obiettivi sono quelli di migliorare il capitale sociale, il successo scolastico (o meglio la capacità di trarre vantaggio dalla scolarizzazione), la salute (obiettivo abbastanza difficile da raggiungere: riduzione del 5% dei neonati di basso peso!). *Sure Start*

si propone di aumentare la produttività degli impieghi sociali garantendo che, entro 2 mesi dalla nascita, il bambino a rischio sociale deve entrare in contatto con il programma del quale, ancora prima di avviarlo, deve essere documentata la potenziale efficacia: una specie di *Evidence Based Social Care*, in verità sconosciuta a gran parte dei progetti della 285. Questa efficacia non è provata per molti interventi: visite domiciliari, sostegno sociale a madri in difficoltà, sostegno psicologico a madri con depressione post-natale, training prescolare dei bambini e poco altro. L'esperienza inglese sarà molto interessante, soprattutto per noi.

g.c. b.



IRLANDA

Via i bambini dai reparti psichiatrici adulti

A fine maggio l'Alta Corte d'Irlanda (*Birchard, Lancet* 2000;355:1980) ha ingiunto al governo di provvedere, entro tre mesi, alla cura di una *teen-ager* e di altri tre bambini con disturbi psichici in un reparto appropriato e di toglierli da un reparto psichiatrico per adulti nel quale la ragazza era curata "in conditions completely sub-standards".

La Corte aveva già raccomandato di provvedere a togliere i bambini dai reparti psichiatrici per adulti, ma il governo aveva

sempre promesso, una promessa che dura da dieci anni, e mai mantenuto. Verrà mai quel giudice da Dublino in Italia dove le unità psichiatriche per bambini/adolescenti sono un sogno quasi in ogni regione?

g.c. b.

AUSTRIA

Ad ognuno la sua Misurina

Come noto, l'Istituto Pio XII di Misurina ospita bambini asmatici in un ambiente *pollen-free*. In Austria, pur possedendo ambienti ad altitudini "Misurina-like" ci si propone di creare l'ambiente *pollen-free* (con meno di 50 microgrammi/mc di polvere, una temperatura di 11,3°C e una umidità relativa del 99%) nelle miniere ottocentesche di rame dell'Est Tirolo. Il progetto contiene un'ipotesi di 150 letti. La conoscenza che gli asmatici stavano meglio nelle miniere è antica; è stata fatta per la prima volta nel 1600 in Polonia. Una "Cochrane" del 1999 sostiene però che non ci sono attualmente dati affidabili per confermare "l'ipotesi polacca" (*Glass, Lancet* 2000;355:1979)

g.c. b.

USA

L'incredibile battaglia del Kansas

L'editoriale di *Nature* del 10 agosto (*Nature* 2000;406:547) racconta una vera e quasi incredibile "battaglia" condotta e vinta in Kansas (dominato dai repubblicani e terra di numerosi gruppi religiosi fondamentalisti) dal biologo cellulare Matteo Buechner perché nelle scuole dello Stato si torni ad insegnare ai bambini le basi delle teorie evoluzionistiche.

Queste erano state cancellate dal curriculum scolastico dal governatore repubblicano dello Stato per richiesta in particolare dei "creazionisti". La sconfitta elettorale di una candidata repubblicana sostenuta dai creazionisti è stata alla base della vittoria di Buechner.

g.c. b.



Medici,
medicine e
letteratura

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 26

Bravo! Grazie!

Ettore Petrolini

*Per farvi sorridere Franco Dessì
prosegue la sua carrellata sui
medici nella letteratura.
Stavolta il pezzo proviene da
"Bravo! Grazie!" di Ettore Petrolini
("Antologia Petroliniana" a cura
di Vincenzo Cerami, Roma - Napoli,
Edizioni Theoria, 1992).*

Signori e Signore!

Ogni discorso abbisogna d'una introduzione e voi sapete benissimo che la scienza dell'introduzione, attraverso i secoli, è sempre stata la più delicata e difficile delle scienze, specialmente quando si ha a che fare con persone di diversa sensibilità e temperamento.

La medicina e la chirurgia, la clorodemeopato-fobia e la grattologia, l'omeopatia, l'odontologia e altre scienze limitrofe sono in procinto di dichiarare fallimento!

Sì o signori!

Io sono l'innovatore della scienza di Esculapio e di Galeno!

Io solo posseggo il bernoccolo della medicina, della vera medicina moderna.

Il mio metodo di cura è di una semplicità empirica e mirabile nel tempo stesso!

Per rendere il mio dire più intellegibile mi spiegherò con esempi plausibili.

Rivolgiamo lo sguardo alle malattie professionali!

Risalendo all'etimologia è chiaro che il mal della pietra è il male dei costruttori e muratori che dir si voglia: come i calcoli si trovano in abbondanza nei professori di matematica. Chi legge appendici di giornali alla lunga può incorrere nella terribile appendicite, ma non basta...

Percorrendo le rive del Nilo ho osservato che la maggior parte degli abitanti soffrivano di cataratta mentre che gli impiegati del gas soffrono quasi tutti di gastrite...

Orbene, tutte queste malattie si possono evitare facilmente cambiando di mestiere come gli abitanti delle rive del Nilo cambiando il paese!

È chiaro?

L'anemia, la grande malattia di moda, si cura col ferro: fin qui son d'accordo coi miei colleghi, ma la mia innovazione nel metodo è sbalorditiva!

Il ferro dev'essere somministrato in maniera diversa, secondo la nazionalità e la professio-

ne del malato! Ai carrettieri, ferro di cavallo; ai parrucchieri il ferro da arricciare; alle stiatrici ferro da stirare; ai chinesi ferro china. I biliosi, li curo con iniezioni di miele, gli impresari costruttori li sostengo col cemento armato, le isteriche con sugo di carne concentrato!

Un tale per il troppo mangiar soffriva d'orticaria: l'ho guarito in brevissimo tempo: che cosa c'è nell'orticaria? Ortica e aria!

Gli ho prima levato l'aria e poi tagliato l'ortica!

Un altro soffriva di faringite: come l'ho guarito? Col fare gite e mangiare farina!

A Potenza un giorno viene un tizio a raccontarmi d'essere afflitto da rammollimento precoce.

Sfido! -gli dico io - Finché resterà in Potenza non guarirà mai!

L'ho mandato a Trieste, ha preso moglie e ora è padre di dodici figli!

Ieri venne il mio falegname.

Dottore, soffro terribilmente! Mi hanno detto che è diabete.

Se è di abete e vi fa male, gli ho risposto io, lo cambieremo! Difatti glie l'ho cambiato: glie l'ho messo di quercia e funziona magnificamente!

Ma la malattia più terribile colpì un mio amico, matto per le serve: tutte le domeniche aveva un appuntamento con la sua Rita al giardinetto pubblico.

La Rita in queste gite gli dava il cane da menare. E mena oggi e mena domani gli venne una meningite coi fiocchi!

La spina dorsale! Ecco il grande perno sul quale il nostro corpo s'impenna! Niente paura finché essa è diritta, dritta come la colonna Traiana!

A proposito... sapete la differenza fra la colonna Traiana e la colonna vertebrale?

Sotto la Traiana c'è una piazza per passeggiare, sotto quella vertebrale ce ne son due per sedere. ■

Per corrispondenza:
Franco Dessì
E-mail: fdessi@tin.it

Cercare una mamma, trovare un papà

Film per ragazzi

L'estate di Kikujiro

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 27

Non sappiamo quanti abbiano visto questo film quest'estate. Forse pochi. Ma vale la pena di cercarlo e di guardarselo.

Masao è un bambino giapponese di nove anni che, alla fine della scuola, quando tutti i suoi amici vanno in vacanza, si ritrova solo e triste. Sua madre, per cancellare una colpa non sua, è andata a vivere altrove e l'unica persona che si prende cura di lui è la nonna. Scoperta per caso una fotografia della madre, Masao decide di andarla a trovare e una vicina dal cuore tenero lo affida a Kikujiro, un uomo maturo buono a nulla, provocatore, imbroglione, giocatore incallito, spaccone. Per i due inizia, così, un viaggio estivo pieno di imprevisti: scommesse vinte e perse, notti passate all'aperto e in un hotel di lusso, lunghe attese alla fermata di un autobus ed espedienti mal riusciti per rimediare un passaggio, l'incontro con una coppia di giovani artisti, Masao adescato da un pedofilo, Kikujiro che ruba un taxi, rischia di annegare in piscina e fa a botte con un camionista, l'arrivo a destinazione. Tutto finito? Nemmeno per sogno, giacché l'incontro tra Masao e sua madre non ci sarà. La donna, infatti, s'è rifatta una famiglia e, per quanto Kikujiro cerchi di nascondere la verità, al bambino non resta altro che andare a piangere in riva al mare. Ed è sulla spiaggia di un mare deserto - complice il gioco - che nasce tra Kikujiro e Masao un nuovo rapporto. Il primo, nonostante un pestaggio che dovrebbe servirgli di lezione e con la complicità di un poeta e di due comici motociclisti, continuerà con le sue smargiassate, ma solo per far divertire il secondo, per farlo distrarre e per addolcirgli la pillola dell'abbandono materno. Masao, da parte sua, dopo avere ritrovato il sorriso e la spensieratezza dell'infanzia, sarà felice di regalare a quel "yakuza" da strapazzo carezze e sentimenti filiali. Non è solo la coincidenza con le vacanze estive ad avermi fatto scegliere - per la consueta riflessione filmica sui bambini e sul loro mondo - questo film del regista giapponese Takeshi Kitano, fuori circuito commerciale ma già reperibile in videocassetta; c'è, infatti, in questa mia scelta una confluenza di motivi interni ed esterni all'opera in sé, una serie di riflessioni a catena. Innanzitutto la storia narrata: la sua semplicità e, paradossalmente, la sua complessità. Narrato così, nella vincolante sintesi di poche righe, il viaggio di Masao e Kikujiro appare come un viaggio tra tanti viaggi narrati dal cinema. Si pensi, per avere un'idea, a "Paper Moon" di Peter Bogdanovich, a "Dagli Appennini alle Ande" di Folco Quilici,

a "Il viaggio di Natty Gann" di J.P. Kagan; oppure, se proprio si vuole forzare l'aspetto metaforico, anche ai fantastici viaggi de "Il mago di Oz" di Victor Fleming e de "La storia infinita" di Wolfgang Petersen. Ma questi sarebbero solo accostamenti di cinefili. In realtà nel film di Kitano ci sono tante altre cose che, pur affiorando quasi per inciso, lasciano il segno. Le corse di Masao che aprono e chiudono il racconto, la sua disarmante solitudine di passerottino nel deserto campo di calcio e nell'immensa spiaggia, la nascosta visita di Kikujiro alla vecchia madre ricoverata in un ospizio, le clownerie terapeutiche dei due giovani artisti, del poeta sognatore e dei buffissimi Ciccione e Pelato, l'espedito dell'album di fotografie, l'angelo campanellino... A tratti questo film sembra sconfinare nella fiaba, ma si sente subito che il regista tira immediatamente le redini e gioca sul neorealismo (quanto De Sica di "Ladri di biciclette" c'è in quel bambino che dà la mano all'uomo maturo?), sulla poesia di Kurosawa (soprattutto quella dei due primi episodi di "Sogni"), sulla commozione deamicisiana e sull'umorismo orientale. Un film, insomma, che si segue riflettendo e rilassandosi, con compassione e con liberatori sorrisi. Ed è una sorpresa sapere che il regista è lo stesso di "Sonatine" e di "Hana-Bi", violento film che vinse il Leone d'oro a Venezia nel 1997. Segno di "conversione" alla tenerezza, o di eclettismo d'autore? Personalmente amo di più questo Kitano sensibile e poetico; e lo amo perché, a proiezione finita, lascia dentro un'impronta. Non è facile dimenticare il volto di Masao in balia della vita. I grandi, per lui come probabilmente per tutti i bambini, sarebbero incomprensibili se non si scoprisse, di giorno in giorno, che anche un Kikujiro aspro e violento può diventare un padre affettuoso e premuroso. Come dire: andare alla ricerca della madre e trovare un padre. Masao lo trova in mezzo a un campionario di buoni e cattivi, di egoisti e di altruisti, di prevaricatori e di disponibili, di diavoli e di santi. Lo trova senza conoscerne nemmeno il nome (Signore - chiederà alla fine, prima di intraprendere un'ennesima corsa verso il mondo - ma tu come ti chiami?) e senza sapere che, tra tanti regali ricevuti dai grandi, il più bello lo ha fatto lui, distribuendo sentimenti e briciole di affetto a chi, con il passare degli anni, li aveva seppelliti sotto un cumulo di vizi. ■

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

L'assistenza materno-infantile nei piani sanitari regionali

Con la collaborazione di numerosi colleghi dei gruppi ACP regionali abbiamo provato a stilare una situazione dell'assistenza materno-infantile all'interno dei Piani sanitari regionali specialmente in relazione all'approvazione del Progetto obiettivo M.I. pubblicato come Decreto Ministeriale sul supplemento alla Gazzetta ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000. Questa la situazione che abbiamo verificato. Il PSR 1997-1999 della regione **Piemonte**, prorogato per l'anno in corso, prevede l'attivazione dei DMI in ciascuna delle 22 ASL regionali. Il DMI è funzionale, trasversale; in esso convergono, su obiettivi specifici, tutte le UO ospedaliere e territoriali dell'area funzionale materno-infantile, compresa la NPI. I progetti obiettivo che costituiscono l'elemento aggregante delle varie componenti del DMI sono: *Percorso nascita e controlli di salute in età pediatrica* (screening ambliopia, BdS, linee guida per la gravidanza fisiologica) e *Progetto adolescenti*. Attualmente, con la definizione dell'Atto Aziendale, l'Assessorato propone una ridefinizione dei Dipartimenti, all'interno della quali il DMI delle 22 ASL viene costituito come dipartimento strutturale. Nel DMI confluiscono tutte le strutture complesse e semplici che operano in via esclusiva o prevalente nell'area materno-infantile: Pediatria, Neonatologia, TIN, NPI, Ostetricia e Ginecologia. Nelle ASL sul cui territorio insistono Aziende Ospedaliere il DMI deve essere costituito come dipartimento interaziendale. Le ASO possono costituire al loro interno dipartimenti strutturali o funzionali fra le diverse strutture dell'Azienda. Tali Dipartimenti non potranno assumere la direzione di DMI che è riservata alle ASL.

Il PSR 2000-2002 della **Lombardia** (non ancora approvato, e quindi per ora solo documento d'intenti) affida le attività sanitarie e socioassistenziali territoriali a 15 ASL articolate in 106 distretti. La medicina e pediatria di libera scelta, i consultori e l'educazione sanitaria sono

parte delle 11 funzioni svolte a livello del distretto sociosanitario e coordinate dai dipartimenti. Per quanto concerne la pediatria di libera scelta l'Amministrazione regionale *favorisce la garanzia "di esclusiva"* (0-6 anni). Un'intera sezione del PSR (Allegato n. 4) è dedicata all'assistenza materno-infantile strutturata in quattro attività principali: prevenzione, assistenza medica, ricerca e didattica. I settori di intervento dell'attività preventiva comprendono: l'educazione di massa sui problemi sessuali, sulla procreazione e sulla maternità; il riconoscimento ed eventuale cura di malattie generali, ereditarie e di alterazioni anatomofunzionali specifiche dell'apparato genitale che possono pregiudicare l'instaurarsi e/o l'evolvere della gravidanza; la programmazione delle nascite (family planning); lo studio delle attività lavorative che possono influire negativamente sullo sviluppo normale della gravidanza. L'assistenza medica comprende due periodi: quello precedente il parto e quello intra-partum. Quest'ultimo prevede l'articolazione organizzativa e funzionale in quattro livelli ospedalieri: a partire dagli ospedali generali con punto nascita non inferiore a 600-800 parti/anno, per giungere ad ospedali specializzati per la salute della donna e del bambino in grado di offrire assistenza a tutto l'arco vitale (dalla diagnosi prenatale alla menopausa ed oltre). Le attività di ricerca e didattica sono limitate alla endocrinologia ginecologica, all'oncologia ginecologica, alla medicina ostetrica e perinatale. Ovviamente la netta separazione fra Aziende ospedaliere e territoriali non permette, in Lombardia, la istituzione del DMI così come è enunciato nel decre-

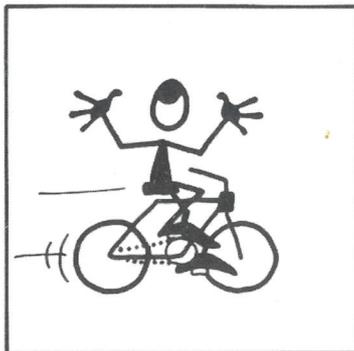
to ministeriale. Ci pare che questa separazione - sulla quale abbiamo sempre discordato - abbia comportato un PSR pensato da ginecologi e neonatologi con visioni ospedalocentriche; le cure primarie ed i bisogni inevasi non trovano, per ora, citazione nel documento di intenti; ci sembra che trovino conferma lacune regionali ancestrali (quindi di vent'anni di giunte di vario colore) che hanno sempre caratterizzato gli interventi lombardi nell'area materno-infantile.

In **Veneto** non è stato attuato il Dipartimento Materno infantile. C'è un Responsabile per l'area Materno Infantile che non ha funzioni identiche e potenzialità in ogni ASL. In alcune ASL, non moltissime, ci sono i pediatri di comunità che si interessano prevalentemente di screening. A livello distrettuale esistono le Unità Operative Distrettuali con personale che dipende dal punto di vista amministrativo dal dirigente di distretto e che collabora alla realizzazione dei progetti obiettivo definiti dal referente per l'area materno-infantile.

Estremamente strutturata e prescrittiva è la struttura assistenziale della regione **Emilia-Romagna**; il DMI non esiste, i pediatri fanno parte insieme ai medici di medicina generale del Dipartimento territoriale delle cure primarie (con un responsabile) e contemporaneamente di una Unità Operativa di pediatria di comunità, con un secondo responsabile. Non vi sono collegamenti funzionali permanenti fra Unità operative territoriali e UO ospedaliere se non sulla base di definiti programmi di attività consolidati attraverso accordi fra responsabile di distretto e responsabile di presidio ospedaliero. Manca il DMI, anzi se ne nega l'importanza ai fini di una efficace assistenza.

Il Piano sanitario regionale della regione **Marche** prevede due ambiti di attuazione dei servizi. L'ambito distrettuale provvede alle cure primarie con i consultori familiari, le Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (assistenza di base e specialistica), i servizi di prevenzione (vaccinazioni, screening).

L'ambito funzionale omogeneo materno-infantile ospedaliero comprende le neonatologie, le pediatrie, le neuropsichiatrie infantili e le ostetricie. Il collegamento fra



i due ambiti avviene attraverso il Dipartimento materno-infantile.

Una strutturazione molto simile a quella del Piemonte è in **Umbria** quella del DMI della AUSL di Perugia (oltre metà della regione). In ambito ospedaliero c'è nella regione una certa confusione: ci sono DMI universitari ed ospedalieri con nessuna integrazione territoriale.

Anche l'**Abruzzo**, come le Marche, prevede una area funzionale omogenea materno-infantile, ma l'area materno-infantile territoriale è assai poco definita e molto fluida; la NPI fa parte strutturalmente del Dipartimento di salute mentale, ma è funzionalmente collegata al Dipartimento materno-infantile che è menzionato solo una volta nel PSR.

La "Proposta" di Piano sanitario regionale (PPSR) della regione **Lazio** (come in Lombardia il PSR non è stato approvato) è articolato in obiettivi di salute in risposta a problemi di salute. Per ognuno di questi si definiscono il ruolo del SSR, gli obiettivi della regione e gli interventi. Tra i problemi di salute individuati in ambito materno-infantile vi sono: la salute del neonato e della donna in gravidanza, fertilità e fecondità assistita, handicap in età pediatrica e giovanile, salute mentale, malattie trasmissibili, tumori. Per quanto riguarda la salute materno-infantile il PPSR non nomina mai il Dipartimento materno-infantile che pure nella regione Lazio esiste (non lo si riporta nemmeno nell'elenco degli acronimi) né definisce quali sono i servizi che se ne occupano.

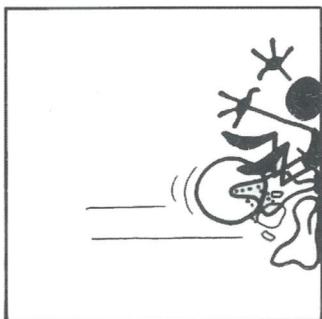
Il piano sanitario regionale della **Basilicata** individua, invece, nel Dipartimento materno-infantile - che è strutturale - la "centrale organizzativa" delle cure alla mamma e al bambino, elencando in

maniera dettagliata tutte le attività previste: dai controlli in gravidanza alla disponibilità del consiglio genetico con annessa attività diagnostica, dal puerperio alla menopausa, al parto, al neonato patologico. Sottolinea gli aspetti promozionali spettanti agli operatori per le vaccinazioni, monitorizza i bilanci di salute dei pediatri di famiglia convenzionati, inserisce nel DMI la neuropsichiatria infantile e la riabilitazione pediatrica. In particolare stabilisce che il DMI "definisce le forme di collaborazione e individua idonei strumenti di collegamento tra i servizi ospedalieri, i pediatri di libera scelta e i servizi distrettuali, in particolare nella gestione delle attività consultoriali, sviluppando il percorso ospedale-territorio (deospedalizzazione) e riducendo la centralizzazione ospedaliera per tutti i servizi effettuabili sul territorio".

Il Piano sanitario 2000-2002 della regione **Sicilia** ha tra gli obiettivi di salute quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli. Si propone di intervenire sull'area materno-infantile con l'istituzione del Dipartimento materno infantile (DIMI). Il DIMI è una struttura tecnica che, in ogni Azienda USL, deve perseguire il raggiungimento degli obiettivi del PSN 1998-2000 e dal PSR per l'area materno-infantile. Integra organizzativamente tutte le Unità operative ospedaliere e territoriali. Per l'organizzazione e le attività si rimanda direttamente al Progetto obiettivo materno-infantile nazionale. Nel Piano si individuano poi degli "obiettivi strategici" da raggiungere nel triennio: riduzione della mortalità perinatale, percorso nascita adeguato, promozione della salute del neonato e diagnosi precoce delle anomalie congenite e delle malattie genetiche e/o rare per prevenire gli handicap. Ai consultori si attribuiscono funzioni di intervento nell'area dell'adolescenza e nell'abuso e maltrattamento. Relativamente alle vaccinazioni raccomandate ci si pone l'obiettivo di raggiungere, in tre anni, una copertura vaccinale di almeno il 95% della popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, per morbillo, rosolia, parotite, pertosse ed haemophilus influenzae. A quanto ci risulta Puglia, Calabria, Campania, Sardegna non hanno ancora definito i relativi PSR. ■

Nati Per Leggere ancora prove

Un'ulteriore prova che il pediatra può influire con la sua azione sulla lettura ad alta voce ai bambini è fornito da un articolo di *Sanders LM et al.* comparso su *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* (2000;154:771). La sperimentazione è stata condotta a Palo Alto in California su 122 bambini di genitori emigrati di prevalente origine e lingua ispanica (71% di genitori messicani, 85% di lingua spagnola con il 65% che a casa parlava solo spagnolo) di età fra 2 mesi e 5 anni. A 56 genitori di questi bambini il pediatra nell'ambulatorio ospedaliero aveva regalato un libro perché fosse letto ai figli secondo le pratiche consigliate dal programma Reach Out and Read, ed a 66 non lo aveva fornito. I dati misurati dopo la consegna dei libri erano i giorni nei quali i genitori avevano condiviso il testo del libro con i loro figli. Era considerato "frequente" una condivisione del libro fra genitori e figli per più di 3 giorni per settimana. Una maggiore utilizzazione del libro ($p < 0.05$) si è avuto fra i genitori che avevano ricevuto il libro dal pediatra. L'odds ratio era di 3,62 (IC 95% 1,40-9,37). Leggevano di più ai figli i genitori che erano abituati a leggere indipendentemente dal progetto (OR 9,52), ma non vi era associazione con la scolarizzazione dei genitori, né con il livello di occupazione, né con l'età dei genitori, né con quella dei figli, né con la dimensione della famiglia.



Colombia: appunti di viaggio da una terra di calamità naturali ed umane

Maurizio Bonati

Istituto "Mario Negri", Milano

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 30-33

Appunti di viaggio ma non solo. Una analisi lucida e puntuale nei dati e nei fatti da un paese - la Colombia - che sogniamo "a portata dei bambini" (G.G. Marquez) e che invece è il più violento della terra (Alto Commissariato ONU).

... ho qualche ora a disposizione prima di ripartire. Ne approfitto per passeggiare liberamente tra strade e stradine di Bogotá, contravvenendo alle ripetute raccomandazioni dei miei ospiti.

Sono stati giorni emotivamente e lavorativamente intensi, e questa disobbedienza è anche un bisogno. Sono venuto per la conferenza d'apertura della IV Biennale di Pediatria delle Americhe (**box 1**) proprio il giorno in cui alcune Agenzie Internazionali hanno indicato la Colombia ai primi posti tra i Paesi non in guerra, per violenza e diritti umani negati (1).

Solo due mesi prima l'UNICEF aveva preso posizione contro l'arruolamento paramilitare dei minori colombiani, appellandosi all'applicazione della Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia. Secondo il rapporto della Human Rights Watch sono infatti alcune migliaia (30000 quelli a rischio) i minori colombiani arruolati.

Una preoccupante "casualità" e coincidenza con la ragione della mia visita: affrontare il tema delle disuguaglianze nella salute dei bambini (**tabella 1**). E sono proprio i bambini, protagonisti della vita attuale e della storia futura, al centro dell'attenzione e di numerose iniziative locali, alcune intraprese anche da Gabriel Garcia Márquez (**box 2**), colombiano e premio Nobel per la Letteratura nel 1982, in particolare per il suo *Cent'anni di solitudine*.

Una sorpresa questa Colombia, dove la paura per la violenza è continuamente sbandierata a giustificazione di uno stato di militarizzazione variegata (dell'esercito, della polizia pubblica e privata, dei gruppi paramilitari, della guerriglia) che, seppur discreto e ridimensionato dai più, è palpabile e

permeante. Si stima che ogni anno in Colombia avvengano 30.000 assassini, il 10% dei quali sono omicidi politici e nella maggioranza dei casi ad opera di gruppi paramilitari (... *se llaman Convivir algunas de las bandas que asesinan gente en Colombia, a la sombra de la protección militar; ...*).² L'omicidio è la prima causa di morte dei maschi tra i 15 ed i 24 anni. Inoltre il 47% dei sequestri di persona al mondo hanno luogo proprio in Colombia. Direttamente od indirettamente gli omicidi ed i sequestri sono per la maggioranza associati alla droga, cocaina in particolare di cui la Colombia è il maggior produttore mondiale con un fatturato stimato in oltre due miliardi e mezzo di dollari l'anno.

Elemento indubbiamente importante nell'economia del paese, sebbene la Colombia sia la prima produttrice mondiale di smeraldi, il secondo esportatore di fiori dopo l'Olanda e di caffè dopo il Brasile.

Tramontati i grandi cartelli degli anni '80, quelli di Calí e di Medellín (quest'ultimo comandato dal famoso Pablo Escobar ucciso dalla polizia nel 1994 - perché contrastava la politica governativa che consentiva l'estradizione dei narcotrafficanti negli USA - dopo essere stato deputato del partito liberale, il quattordicesimo uomo più ricco del mondo nel 1987, magnate del calcio ed aver dato lavoro e casa a migliaia di miserabili), oggi il mercato è regolato da almeno 250 manager (i nuovi *cabezilla*) secondo le regole della contemporanea professionalità economica internazionale.³

È la storia presente, più che quella passata, che domina il sentire ed il raccontare a Bogotá. L'immagine dominante è quella delle contraddizioni di molte altre megalopoli.

Per corrispondenza:

Maurizio Bonati

E-mail:

MOTHER_CHILD@IRFMN.MNEGRI.IT

poli delle Americhe, con gli strabordanti e stridenti eccessi di miseria e ricchezza, con il traffico caotico e colorato, ma con la paura dei residenti di essere derubati, aggrediti o di avere a che fare con una qualunque divisa paramilitare.

Mi sono incamminato da oltre un'ora, quando improvvisamente il quotidiano

Box 1

IV Bial de Pediatría Colsubsidio Américas

La Cassa Colombiana di Sussidio Familiare (*Colsubsidio*) è un'organizzazione privata senza scopi di lucro che dal 1957 opera secondo i principi della solidarietà e della compensazione nell'ambito della assistenza-sicurezza sociale. Con servizi di qualità questa Cassa, che con 550.000 affiliati è la maggiore del Paese, lavora per il miglioramento integrato delle condizioni di vita della comunità meno favorita in 5 aree: la vita sociale, il lavoro, il credito, l'educazione e la salute. Particolare attenzione è posta alla salute infantile. Per premiare gli sforzi scientifici e di ricerca nell'area della salute infantile e per stimolare la pianificazione e la conduzione di nuove iniziative, il Colsubsidio ha indetto per la IV volta un premio per la ricerca pediatrica svolta nel contesto socio-culturale del continente americano. Condizioni necessarie per poter partecipare alla selezione sono state: che il lavoro svolto fosse originale, secondo la miglior metodologia scientifica, e che i risultati potessero avere ricadute pratiche nell'ambito della salute infantile dei paesi in via di sviluppo. I tre premiati sono stati:

- Chew FJ, Torun B, Viteri FE. Suplemento diario y semanal para mejorar el estado de hierro y prevenir la anemia en niñas escolares. Guatemala.

- Caceres DC, Alzate RA. Detección de los factores de riesgo para ser hospitalizado por primera vez por neumonía en niños menores de 4 años de edad en el Hospital Infantil Club Noel de Cali. Colombia.

- Santolaya MH et al. Riesgo de infección bacterica en niños con cancer, fiebre y neutropenia severa. Un estudio prospectivo, multicéntrico. Chile.

acquazzone, breve ed intenso, fa la sua comparsa nella completa indifferenza dei colombiani. Sono in una zona intermedia a ridosso di un quartiere residenziale, con molti edifici moderni o coloniali ristrutturati, sedi di uffici, agenzie e numerose scuole private.

Un quartiere che forse ha subito la stessa trasformazione speculativa della Candalaria, il quartiere (o meglio l'ex-quartiere) degli artigiani, artisti, studenti.⁴ Il tasso di inquinamento della *Carrera 7*, che mi ricorda Città del Messico, non consente di passeggiare liberamente, ed i disperati stesi a terra, alcuni addormentati e sorvegliati da cani il cui stato è identico a quello dei loro vicini (punkabestia nostrani?), non sembrano turbare la coscienza della fiumana di passanti.

E dire che in molti mi hanno chiesto in questi giorni dell'effetto dei 2600 metri di altitudine e se avevo problemi di adattamento. Come se la moltitudine di mendicanti, venditori di miseria, pulitori di vetri e scarpe non costituissero di per sé elemento di disadattamento. "... Come una svista, come un'anomalia, come una distrazione, come un dovere."⁵

Sono almeno cinque le Organizzazioni Non Governative (ONG) italiane che nel 1998 avevano in corso programmi di cooperazione in Colombia.⁶ Settori di intervento la formazione professionale e/o educazione formale, l'animazione e/o educazione di base, l'agricoltura, l'utilizzo delle risorse del territorio, i diritti umani.

Tuttavia molte altre associazioni, sia nazionali che internazionali⁷, sono presenti in Colombia con progetti anche in ambito sanitario (*box 3*). E la cooperazione internazionale è stata ancora protagonista dopo che Lunedì 25 Gennaio 1999 un terremoto del VI grado della scala Richter ha devastato il Dipartimento della Valle del Cauca una delle zone di coltivazione del caffè verso il Pacifico, per un raggio di 200 km. Oltre 250000 persone, il 60% delle quali bambini e donne, sono rimaste senza casa. Numerose le vittime: circa 2000.

Le calamità naturali si aggiungono ed accentuano le tribolazioni umane centinarie in questa parte del mondo le cui vene sono perennemente "aperte",⁸ anche se la

speranza non si affievolisce:

- Il 7 Gennaio 1999 iniziano a San Vincente del Caguán, una cittadina amazzonica, le trattative di pace tra il governo colombiano e le FARC (Forze Armate di Riconciliazione della Colombia), la principale organizzazione guerrigliera del paese. Il dialogo di pace si interrompe però rapidamente per il presunto mancato impegno delle autorità a fermare le attività dei gruppi paramilitari armati e finanziati, secondo le FARC, dall'esercito governativo. Le FARC, di estrazione filomarxista, con oltre 12000 uomini sono guidate da 40 anni dal settantenne Manuel Marulanda detto *Tirofijio*. Sebbene la società colombiana sia sfinita, il più vecchio conflitto armato dell'America Latina tarda a cessare definitivamente.⁹

- Sabato 20 Marzo 1999, il Presidente della Repubblica Andrés Pastrana (ex giornalista e sindaco di Bogotá, il cui nonno è stato Presidente del Consiglio ed il padre Presidente della Repubblica) va in visita al Papa per chiedergli di andare in Colombia a mettere pace dopo 40 anni di guerra civile.

La Chiesa nelle Americhe ha un ruolo ed un compito importanti. Due anni fa ha infatti creato una commissione di Conciliazione ed ha anche partecipato ai recenti incontri di pace. Può, inoltre, avere più influenza del governo sull'ELN (Esercito di Liberazione Nazionale), l'altra organizzazione guerrigliera nazionale di origine cattolica, ispirata alla memoria di Camillo Torres, guidata da un prete spagnolo a capo di circa 5000 combattenti. Inoltre proprio nella cattedrale di Medellin, Paolo VI pronunciò l'omelia di "consacrazione" della Teologia della liberazione.¹⁰

- Venerdì 30 Luglio 1999 proprio a Medellin, durante la tradizionale "Festa dei fiori" che si svolge ogni anno e dura una settimana, davanti alla sede locale della squadra antisequestri dell'esercito scoppia un'autobomba provocando 10 morti e 38 feriti gravi, distruggendo 6 case e circa 30 autoveicoli.

- Sabato 31 Luglio - Mercoledì 4 Agosto 1999. Almeno 21 morti, fra cui soldati, poliziotti, guerriglieri, paramilitari e 2 pastori evangelici, sono il bilancio di scontri avvenuti in diverse regioni della Colombia.

I sequestri, gli omicidi, gli attentati continuano ed ogni tentativo di riavviare le trattative di pace si arena sul nascere. La comunità internazionale (l'ONU?) non sembra occuparsene. Nel frattempo prende sempre più consistenza l'ipotesi di un

intervento militare degli USA, forse ritardato dalla "crisi" nel Kosovo. Il sud della Colombia rappresenta infatti da tempo uno degli scenari di guerra studiati da Cia e Pentagono. Ma è proprio così perduta questa Colombia? (11). ■

Tabella 1.

Indicatori di base	Colombia	Italia
Tasso di mortalità <5 anni (%)	30	6
Tasso di mortalità <1 anno (‰)	25	6
Popolazione totale (migliaia)	40803	57369
Nascite annue (in migliaia)	988	512
Decessi annui <5 anni (in migliaia)	30	3
PIL pro capite (in \$ USA)	2180	20170
Speranza di vita (in anni)	71	78
Tasso di alfabetizzazione adulti	90	98
Nutrizione		
% neonati sottopeso	9	5
% allattati esclusivamente al seno (0-3 mesi)	16	-
% bambini <5 anni con ritardo di crescita moderato e grave	15	-
Salute		
% popolazione che ha accesso all'acqua potabile	85	-
% popolazione che ha accesso ad impianti igienici	85	-
% bambini <1 anno vaccinati DPT	70	95
Istruzione		
% iscritti che completano la scuola elementare	73	100
Tasso di scolarizzazione secondaria dei maschi	70	87
Donne		
Tasso di alfabetizzazione delle donne rispetto agli uomini	100	108
% gestanti vaccinate contro il tetano	57	-
% parti assistiti da personale sanitario	85	100
Uso di contraccettivi (%)	72	78
Tasso di mortalità materna in gravidanza (su 1.000 nati)	80	7
Indicatori demografici		
Tasso di crescita annua (%)	1,9	0,1
Tasso di mortalità (in migliaia)	6	10
Tasso di natalità (in migliaia)	24	9
Tasso di fertilità	2,8	1,2
% popolazione urbana	72	67
Indicatori economici		
Tasso di inflazione (%)	22	5
% spese statale per sanità	5	11
% spese statale per istruzione	19	8
% spese statale per difesa	9	4

I dati riportati si riferiscono prevalentemente al 1998 e sono stati tratti dal rapporto UNICEF 2000. Ulteriori informazioni sono reperibili ai siti web: <http://www.unicef.org> <http://www.worldbank.org> <http://www.undp.org>

Box 2

Per un paese a portata di bambini

... Siamo convinti che esistano come non mai le condizioni per un cambiamento sociale e che l'educazione ne sarà l'elemento principale. Un'educazione dalla culla alla tomba, non conformista e riflessiva, che favorisca un nuovo modo di pensare e aiuti a scoprire chi siamo in una società capace di volersi un po' più bene: sfruttando al massimo la nostra inesauribile creatività e pensando un'etica, e un'estetica, adeguate al nostro desiderio eccessivo e legittimo di affermazione personale. Un'educazione che inserisca le scienze e le arti tra i generi di prima necessità della famiglia, in armonia con i propositi di un grande poeta del nostro tempo che ha chiesto di non continuare ad amarle separatamente come due sorelle nemiche. Un percorso che indirizzi verso la vita l'immensa energia creatrice che nel corso dei secoli abbiamo delapidato nella rapina e nella violenza, per offrirci finalmente la seconda opportunità che non ebbe sulla terra la sfortunata stirpe del colonnello Aureliano Buendía. Per il paese fiorente e giusto che sogniamo: a portata dei bambini.

Gabriel Garcia Márquez

Tratto dalla prefazione al libro *Por un país al alcance de los niños*, Villegas Editores, Bogotá, 1996. In italiano tutto il testo è stato pubblicato sul numero di gennaio-marzo 1996, pp. 6-10, di *Fondazione: notizie da via della Dogana Vecchia*, Roma.

Note

1. Un detto colombiano dice che "la violenza è puntuale come una fidanzata brutta che non ti molla mai". La "fidanzata" sarà "brutta", ma non è cieca. Colpisce i poveri, gli emarginati, gli oppositori politici (*Guido Piccoli Colombia UTET Libreria, Milano 1996*).
2. Galeano E. A testa in giù. La scuola del mondo alla rovescia. *Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1999*
3. Gandolfi S. Doppiopetto, lauree e internet. L'identikit dei nuovi "narcos". *Il Corriere della Sera*, Giovedì 6 Aprile 1999.
4. È quanto raccontato nel film *La strategia*

della lumaca di Sergio Cabrera ambientato proprio nel quartiere della Candelaria. Sempre di Cabrera è uscito in Italia anche *Ilona arriva con la pioggia*, tratto dall'omonimo romanzo di Álvaro Mutis.

5. *Smisurata preghiera*. Canzone di Fabrizio De André, *Anime salve* 1996, Ricordi. Liberamente tratta dalla *Summa di Maqroll - Il gabbiere* di Alvaro Mutis, Einaudi 1993. Una reciproca stima li legava, tanto che il grande scrittore colombiano recensì il romanzo di De André (*Un destino ridicolo*, Einaudi 1996) in cui si parlava di *Bocca di rosa*, il cui vero nome era Maritza "un'istriana bionda, alta, dalla bellezza fredda". Per Mutis, Maritza "è una donna la cui unica dimora è il suo corpo; essa rappresenta un erotismo opposto al sesso, che consiste in una sottile conoscenza del mondo e degli uomini".

6. *Cooperazione e Volontariato Internazionale*. Guida alla cooperazione e al volontariato internazionale, 1998. Il volume, edito dal Comune di Milano, è reperibile presso SOCI, Servizio Orientamento Cooperazione Internazionale, Piazza Duomo 21, 20121 Milano, tel. 0272004079.

7. *Veeken H.* Colombia: the winner takes all. *BMJ* 1998; 317:1.649

8. *Galeano E.* Le vene aperte dell'America Latina. *Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1997*

9. *Guillou B.* La Colombia stanca di guerra. Le monde diplomatique. *Il Manifesto, Febbraio 1999*

10. *Chierici M.* "Il Papa dia pace alla Colombia". *Il Corriere della Sera*, Sabato 20 Marzo 1999

11. *Chierici M.* "Mutis: la mia Colombia perduta". *Il Corriere della Sera*, Giovedì 29 Luglio 1999

P.S.

Il riportare come note in un diario lo scandire degli eventi salienti che hanno caratterizzato i primi mesi dello scorso anno,

Box 3

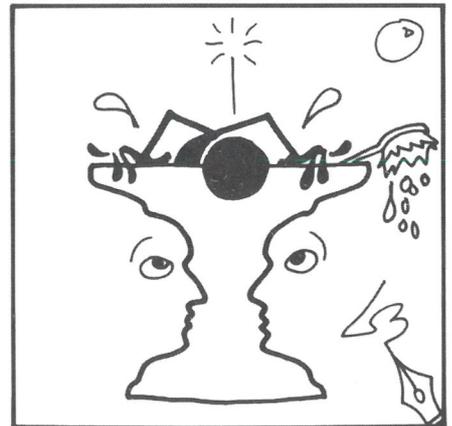
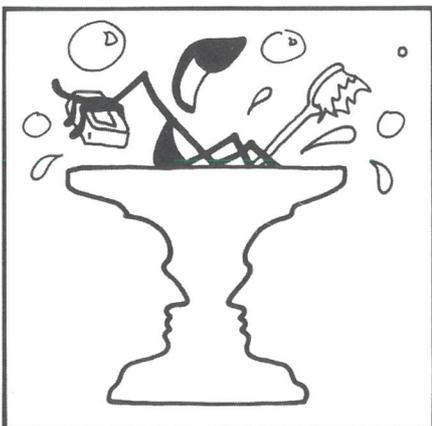
Progetto Colombia 1996

Un gruppo di 6 operatori sanitari (2 chirurghi pediatri, 2 oculisti pediatri, un anestesista ed un infermiere) dell'ospedale pediatrico "Santobono" di Napoli ha partecipato ad un'iniziativa sanitaria chiamata "Progetto Colombia 1996" sotto l'egida della WOPSEC (World Organization of Pediatric Surgery for Emerging Countries). Gli operatori hanno trascorso tre settimane a San José di Cucuta, una cittadina del nord colombiano al confine con il Venezuela, realizzando 260 interventi per patologia oculistica (strabismo, cataratte) o patologia chirurgica generale (ernie ombelicali, inguinali, fimosi). Tutti gli interventi sono stati eseguiti in day surgery con i bambini che sono tornati alle loro "baracche" poche ore dopo l'intervento. La popolazione di Cucuta vive nei barrios, immensi agglomerati di baracche senz'acqua, senza luce, senza servizi. I più fortunati hanno pareti di tavole di legno, i più miseri hanno pareti con teli di plastica. Un numero così grande di operazioni si è potuto realizzare perché gli operatori conoscevano prima della partenza dall'Italia il nome e la patologia dei bambini da operare. Infatti nei mesi antecedenti alla missione era stato effettuato un censimento capillare dagli addetti comunali del programma IMSALUD che avevano setacciato a piedi tutte le zone povere individuando i bambini più bisognosi di intervento. Nella zona "degenza" vi erano fino a 15 bambini barellati che sono stati preparati all'intervento. Da questa zona i bambini sono stati condotti nelle sale operatorie, organizzate in un poliambulatorio di medicina di base, dove un anestesista assistito da un infermiere procedeva alla narcosi dei piccoli pazienti. I chirurghi erano assistiti da altri due infermieri. Prima di ritornare nella zona "degenza" i bambini erano assistiti in una zona di risveglio da una dottoressa e da un'infermiera colombiana. I cicli quotidiani di intervento erano quindi svolti da dieci infermieri e sei medici. Dalla zona "degenza" dopo alcune ore venivano accompagnati in ambulanza alle loro residenze.

Tratto dall'intervista a Lucio Falcone, realizzata da Carmine Morelli, presidente dell'Associazione di Napoli, e pubblicata su Professioni Infermieristiche 1997;50:41

nel momento in cui commentavo gli appunti, rimandava alla speranza che la conflittualità interna colombiana stesse finalmente trovando una soluzione. Ad un anno di distanza nulla sembra invece cambiato: le trattative vengono sospese, per poi riprendere ed essere interrotte dopo

poco. Nel frattempo gli assassini continuano, i traffici pure, la povertà aumenta e (anche) le condizioni dell'infanzia peggiorano. Per il secondo anno consecutivo, l'Alto Commissariato dell'ONU per i diritti umani ha definito la Colombia il paese più violento del mondo.



Ma è davvero buona la nuova convenzione?

Gaetano Milioto

Pediatra di famiglia, Palermo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 34-36

Per la Tribuna di Quaderni acp diamo seguito alla discussione sulla nuova convenzione dei pediatri di famiglia pubblicando un articolo che abbiamo chiesto a Gaetano Milioto. Segue un commento di Giancarlo Biasini.

Aderisco volentieri all'invito della rivista di partecipare alla discussione sulla convenzione pediatrica iniziata sullo scorso numero di *Quaderni acp*. Ho riletto l'editoriale del professor Biasini sul n° 3 del 1996. Veniva espresso un commento "politico" sull'accordo collettivo nazionale vigente (DPR 613/96) e principalmente sulla possibilità che la convenzione dava alla pediatria del territorio di procedere verso una moderna concezione dell'assistenza all'infanzia ed all'adolescenza, secondo una "visione politica d'insieme" che avrebbe potuto consentire alla pediatria di famiglia, inserita nel distretto, di consolidare la dignità conquistata e di assumere un ruolo ben preciso, confrontandosi da pari a pari con la medicina ospedaliera.

A distanza di quattro anni mi pare che la situazione "politica" per i pediatri di famiglia (PdF) sia cambiata in peggio.

È difficile sostenere che si possa entrare nel distretto, dove il PdF sarà chiamato a lavorare, con la dignità delle altre parti assistenziali, dopo le sconfitte sull'età pediatrica e sull'esclusiva a proposito delle quali si è accettata passivamente una convenzione che peggiore non poteva essere. La sconfitta sull'età non è di poco conto e non è solo sindacale.

È sconfitta politico-culturale perché va a smentire l'OMS, che indica in 0-18 anni l'età di competenza dello specialista pediatra, e almeno i principi del Piano Sanitario Nazionale e del Progetto obiettivo Materno-Infantile: la convenzione riduce l'età di un terzo.

È sconfitta politico-culturale perché sancisce la sostanziale inutilità del pediatra per l'età pre-adolescenziale ed adolescenziale, perdendo quella che è stata una battaglia culturale di tutta la pediatria italiana. È sconfitta sindacale perché concede ai medici generalisti un aumento della quota capitaria di Lire 35.000 per i ragazzi di età inferiore ai 14 anni

che supera addirittura il compenso forfettario di Lire 30.000 annue concesso per gli ultrasetticinquenni. È sconfitta sindacale perché incide negativamente sulla vita professionale dei pediatri, in particolare di quelli che operano in zone disagiate, da sempre bistrattati dai sindacati.

La concessione dell'aumento è stata percepita subito nella sua gravità dai commentatori di cose sanitarie: per la sua gravità ha determinato inizialmente la rottura del tavolo per il rinnovo della convenzione. I sindacati presenti alla trattativa, indignati, a loro dire, per le concessioni ai medici di medicina generale hanno proclamato uno stato di agitazione "virtuale". Dal punto di vista tecnico oggi la popolazione della fascia di età 7-14 anni continua ad essere *terra di nessuno* ed esclusa dal calcolo delle zone carenti nella convenzione per la medicina generale. Sarebbe bastato proporre che il numero dei ragazzi in età 7-14 dovesse essere ripartito in maniera proporzionale al numero dei medici operanti in un determinato ambito.

Ad esempio, se in un ambito vi sono 3 pediatri e 7 medici di medicina generale, i 3/10 dei residenti in età 7-14 potevano entrare nel calcolo del rapporto ottimale per la pediatria, e i restanti 7/10 nel calcolo del rapporto ottimale per la medicina generale. Le domande che molti pediatri si continuano a porre sono: "sindacalisti navigati non si sono resi conto di ciò che stava per succedere?"

Non si sono resi conto che la parte pubblica dovendo assicurare l'assistenza a tutti i ragazzi 0-14 anni avrebbe dovuto in qualche modo trasferire l'assistenza ai medici di medicina generale? È stata una sorpresa che, preso atto del netto rifiuto dei sindacati a modificare i criteri per l'inserimento di nuovi pediatri, l'ARAN abbia offerto ai medici di medicina generale un incentivo che equipara

Per corrispondenza:
Gaetano Milioto
E-mail: g.milioto@tin.it

la loro quota capitaria a quella dei pediatri? Non era inevitabile che succedesse?”. La modifica dell’ottimale (che voleva dire inserire più pediatri nelle zone dove servivano annullando i timori di parte pubblica) e la richiesta dell’aumento dell’età di esclusiva avrebbero probabilmente convinto la parte pubblica della reale volontà dei pediatri di radicarsi nel territorio e di volersi occupare della salute dei bambini 0-14 anni se non di quelli 0-18 anni. In questo atteggiamento quanto si è temuta una modifica dell’ottimale che prevede l’inserimento di un pediatra ogni 600 residenti 0-6 anni o frazione superiore a 300? La modifica di questo meccanismo, che consente di limitare l’inserimento e quindi la concorrenza, è sempre stato contrastato dal sindacato maggioritario dei pediatri. I commenti della stampa a questo proposito non sono stati leggeri (si veda *Il Sole 24 Ore*) e non sembra ci sia stata adeguata risposta: l’atteggiamento dei sindacati aveva l’intenzione di proteggere gli interessi di pochi? Di favorire l’attività privata? Di proteggere gli ultra massimalisti con 900 e più scelte? Inoltre, altri aspetti vanno analizzati per una corretta riflessione sull’attuale situazione della pediatria. Sulla continuità assistenziale è passato un concetto di pediatria di gruppo che è un modello di pseudo-continuità, dato che prevede forme associative con l’articolazione in più sedi e un orario di apertura degli studi (5 ore tra mattina e pomeriggio) che niente hanno a che vedere con la medicina di gruppo e la continuità assistenziale. Nella pediatria in associazione si accenna alla condivisione di linee guida e a *momenti* di revisione di qualità tra i pediatri. Assai azzardata è l’ipotesi che interventi di questo tipo riducano gli accessi al pronto soccorso; gli studi, infatti, concordano nell’attribuire alle caratteristiche sociali della popolazione la causa principale degli accessi impropri e l’aumento del numero dei ricoveri è dovuto, nella maggior parte dei casi, a ricoveri inappropriati o all’uso opportunistico dei DRG. Un impegno serio verso la Pediatria di Gruppo può convincere la parte pubblica dell’intento dei pediatri di famiglia di assicurare un’assistenza specialistica su tutto il territorio, ma solo se viene incentivata un’attività in studi medici articolati in

sede unica, tranne nelle zone disagiate (dove dovrebbe essere consentita a pediatri operanti in ambiti limitrofi e in studi diversi). L’associazionismo a sede unica, risponde oltre che a esigenze professionali del pediatra (allargare la casistica di riferimento e quindi l’esperienza clinica, aumentare le possibilità di utilizzo del self-help diagnostico, utilizzare personale infermieristico anche per le vaccinazioni obbligatorie, allargare la base delle conoscenze epidemiologiche, rompere l’isolamento culturale, aumentare la dignità professionale del pediatra, che significa trattare pazienti nell’area delle cure primarie) anche a delle esigenze assistenziali del bambino e della parte pubblica, cioè assicurare una migliore qualità dei servizi e una maggiore copertura oraria.

Si può ipotizzare poi una pediatria di gruppo che si potrebbe definire “progettuale” che consenta anche a pediatri che lavorano in studi diversi di offrire alle aziende servizi che possono ad esempio riguardare l’abuso e il maltrattamento, per acquisire competenze specifiche, il rischio sociale, per studiare modalità e percorsi assistenziali privilegiati, l’immigrazione per garantire anche a questi cittadini l’assoluta eguaglianza nell’accesso ai servizi, la malattia cronica, per offrire ai malati un’assistenza adeguata al “gold standard” per la malattia, le vaccinazioni, per raggiungere finalmente tassi vaccinali di copertura del 95%. Viene il dubbio che nell’ambito della medicina di gruppo la pediatria sia più arretrata della medicina generale. L’andamento delle trattative, il suo esito ed i commenti della stampa hanno dato l’impressione che la parte pubblica voglia relegare il pediatra di famiglia ad un’immagine di “medico di lusso”, di medico di aree privilegiate che può facilmente essere sostituito dal medico di medicina generale quando occorre, purché vi si impegni con adeguati incentivi e, magari in futuro, con qualche corso di aggiornamento.

La passiva accettazione da parte dei sindacati trattanti delle proposte della parte pubblica ha convinto che questa visione è perseguibile. E questo è di estrema pericolosità per i pediatri e comporta la necessità di un’ampia discussione ed un confronto nel nostro ambito anche al di là delle sigle

sindacali. Mi sembra che ci sia bisogno di tutti, sempre che chi tratta abbia voglia di ascoltare tutti.

A questa discussione non sembra serva innalzare al 10% la rappresentatività sindacale (proposta di parte sindacale!) per eliminare le forze nuove che si sono proposte negli ultimi anni; sarebbe interessante discutere fra pediatri se serva che tratti con la parte pubblica un solo sindacato monolitico o un fronte sindacale. Non sembra utile affidare la formazione permanente finanziata dal pubblico solo ai sindacati disconoscendo società scientifiche ed associazioni culturali che da sempre in Europa e negli USA si occupano di formazione. Perfino la convenzione per la medicina generale prevede il contributo delle società scientifiche del settore.

Come dimenticare poi che il sindacato maggioritario nelle precedenti convenzioni aveva “scelto” per la copertura del primo mese di malattia una polizza assicurativa che *offriva* otto giorni di franchigia e che sosteneva che la polizza era valida *solo* per gli iscritti al sindacato. Una polizza pagata dalle USL con i soldi dei pediatri. Con la convenzione del 1996 l’ingresso di altre sigle sindacali ha permesso che si mettesse fine a questa visione... a dir poco anomala, riducendo la franchigia a soli due giorni.

Spetta adesso a tutti i pediatri di famiglia decidere cosa vogliono fare del loro futuro. Se contribuire a sancire la fine per inutilità e per sostituzione da parte dei generalisti della pediatria di famiglia o presentarsi alle prossime trattative con proposte qualificate che accettino la oramai evidente sfida dei generalisti, basata però non sui numeri ma sulle competenze. ■

Un commento

I contributi di Vitalia Murgia e Gaetano Milioto danno valutazioni diverse della convenzione della pediatria di famiglia anche se concordano su almeno tre punti:

1. La gravità delle conseguenze delle agevolazioni date ai generici per l’età 7-14 che nascono dalla necessità di dare ai cittadini al di sotto di 14 anni un’assistenza sanitaria, agevolazioni che - si teme - non potranno essere più cancellate. Un vecchio amico, storico della medicina, ha fatto su questo aspetto della convenzione una osservazione che mi ha toccato: “è la prima volta dalla fine dell’ottocento che un pezzo di

assistenza ai bambini passa ufficialmente dai pediatri ai medici internisti; finora era sempre successo il contrario”.

2. La necessità di trovare strade per risolvere il problema da cui è nata questa cattiva soluzione.

3. La necessità di procedere nell'incrementare la pediatria in studi associati anche se Gaetano Milioto sottolinea di più la necessità della scelta delle sedi uniche di attività. Infine è diverso il significato del peso che ha la medicina generale che per Vitalia Murgia è numerico e da ciò politico, mentre a Gaetano Milioto sembra che la sfida dei medici di medicina generale abbia anche rilevanti aspetti culturali. Una differenza discreta che va sul futuro: “non c'è alcuna subaltermità” dice Vitalia; “è iniziata la sfida dei MMG” dice Gaetano.

Ma come sarà dunque il futuro? Gli accordi sindacali (convenzioni e contratti) della primavera del 2000 sono importanti perché hanno iniziato il percorso normativo della riforma ter. La sostituzione di Rosy Bindi con Umberto Veronesi sembra avere avuto su questi accordi effetti moderati; in fondo i sindacati maggiori condividono il senso della riforma ed hanno fatto pesare questo consenso al tavolo delle trattative. Sembra molto vero quanto dice Vitalia Murgia circa il potere di FIMMG-SNAMI. Forse è bene aggiungere il potere dell'ANAAO per chiudere il cerchio. Qualche osservazione sul potere sindacale.

I governi hanno sempre avuto dei sindacati di riferimento: per i governi di centro, lo sono stati UIL e CISL e non la CGIL e la CISNaL; nei tempi della unità nazionale lo è stata la cosiddetta Triplice e non la CISNaL. Nel campo medico lo è stata la CIMO di una volta e poi l'ANPO e non l'ANAAO o la CIDA; poi l'ANAAO e non l'ANPO o la CIMO. Stava alla base di questo rapporto, per i sindacati dei lavoratori (ed anche dei medici), l'accettazione più o meno sottintesa del modello di sviluppo in atto, o la sostanziale condivisione del modello organizzativo del lavoro. Qualcosa di simile accade del resto fra Associazioni mediche e governi in gran parte del mondo occidentale.

Non c'è dubbio che oggi ANAAO e FIMMG condividono, dichiaratamente, la filosofia del modello organizzativo individuato dal PSN ed in specie dalla legge 229/99; la loro forza, oltre che dal numero degli associati (che in verità per l'ANAAO è in vistoso calo, dipende da questa impostazione politica. La FIMMG ha proposto addirittura dei comitati a difesa del SSN (e ci sono anche parlamentari del Polo iscritti a quel sindacato!); la posizione è condivisa dall'ANAAO e questa sembra essere anche la posizione della FNOMCeO (d'altra parte è ormai impossibile distinguere Ordine da Sindacati dato che le persone sono le stesse

ed è difficile distinguere Falconi della FNOMCeO da quello della FIMMG): l'editoriale di Aldo Pagni su “La professione” di maggio è esplicito nell'appoggio alla visione del SSN delineata da Rosy Bindi e non pare che la recente sfiducia ad Aldo Pagni sia connessa a questo. Del resto è ben difficile immaginare che la FIMMG possa respingere un modello organizzativo basato sulla centralità della medicina del territorio, anche se si poteva immaginare una maggiore intelligenza nel non innescare la controversia con i pediatri; questa è stata, infatti, più ponderatamente la posizione dei medici di medicina generale di Fp CGIL, Federazione medica, CUMI, UIL medici, sindacati che negli ultimi anni hanno assunto una consistenza pari a quella dell'ANAAO e doppia di quella della CIMO. In questo terreno così vischioso è effettivamente difficile per i sindacati dei pediatri muoversi agevolmente. Ma sembra francamente difficile immaginare che una vittoria elettorale del Polo modifichi di molto la visione dell'assistenza di base. Se si deve dare significato alle esperienze delle regioni guidate da oramai cinque anni da giunte del Polo (Piemonte, Lombardia, Veneto) si deve dire che queste non hanno intaccato la visione della medicina di base.

Con qualche rischio di sbagliare si deve dire che non c'è all'orizzonte per la medicina di base - come i pediatri liberisti di Mass Media legittimamente sperano - una visione tanto diversa fra sinistra e destra, come c'è invece nella separazione fra acquirenti e venditori delle prestazioni che ha raggiunto nella regione Lombardia il massimo della coerenza. Del resto i veri problemi che i prossimi governi regionali avranno di fronte, che sono la definizione e l'amministrazione dei livelli di assistenza e la determinazione della metodologia delle liste di attesa come strumento di “razionamento” del sistema o di scelta fra offerta - domanda - bisogni, e che si fondano in gran parte sulla medicina di base, non hanno subito da parte dell'opposizione approfondimenti che facciano immaginare scenari diversi dagli attuali. Il modello attuale è, in fondo, il più facile da gestire. Né la Spagna di Aznar, modello per il Polo, suggerisce ipotesi alternative. Insomma pare sensato pensare che per i prossimi anni bisognerà ragionare all'interno di questo modello.

Tornando al futuro di noi pediatri tutti, come si acquisisce peso nei riguardi delle “authority” con le quali si andrà a trattare e non solo in sede sindacale? Impossibile seguire ANAAO e FIMMG sul terreno dei numeri; aleatorio inseguire simpatie sulla base del chiacchiericcio di qualche funzionario del ministero o dell'ARAN o di qualche barone universitario: metodi già falliti nella primavera scorsa nella sfida con la

medicina generale. Chi non può contare per i numeri deve inventare altre strade che non possono essere che quelle della qualità e della lungimiranza (nel senso etimologico di guardare lontano) dell'impostazione “politica”. Ci sono sindacati piccoli che hanno fatto battaglie durissime e finora perdute, come quella per l'accesso alla convenzione generalista per gli “equipollenti” duramente contrastata dalla FIMMG, che hanno finito per identificare i sindacati con i problemi.

C'è la possibilità di muoversi sul piano della elaborazione culturale e della sperimentazione in campo di organizzazione sanitaria (chi si ricorda che sono stati i pediatri a inventare il DH come strumento di legame fra ospedale e territorio?), di implementazione di linee guida, di forme innovative di tutela della salute e dello sviluppo; tenendo conto che oramai molti bambini italiani appartengono alla categoria di quelli che “non hanno niente”, come dice Panizon, e che è vano cercare di farli guarire da cose che non hanno (in fondo questa è una delle tesi sostenute per affidare ai generici quote di assistenza ai ragazzi).

Franco Panizon, ha scritto che la medicina dei bambini ha fatto un salto: si occupa non solo delle scienze biologiche, ma anche di quelle umane. I pediatri possono occuparsi quindi, oltre che delle malattie (e della morte dove questa rimane troppo alta, come in alcune regioni del Sud), anche della salute di coloro che sono affidati alla loro assistenza.

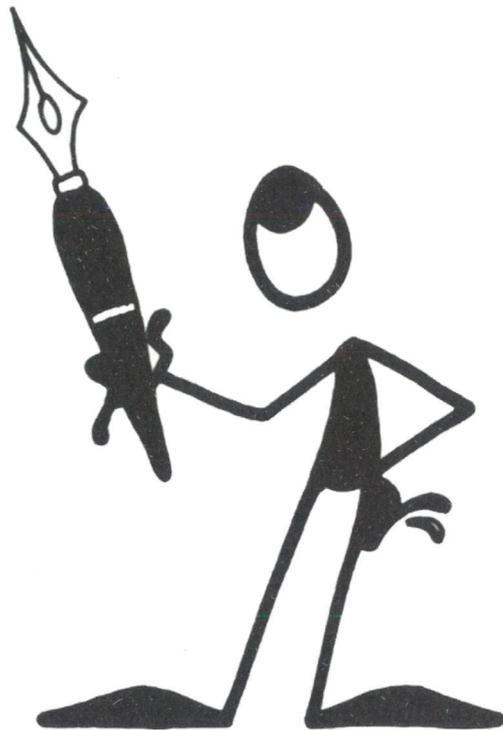
Se nella ricerca si trovano dati che provano che la frequenza alla scuola materna influenza il successo professionale, che occuparsi di dislessia migliora la qualità di vita dello scolaro, che il leggere storie ai bambini piccoli favorisce il loro sviluppo e la loro socialità, rinforza la relazione ed i legami familiari, favorisce uno sviluppo precoce del linguaggio sia percettivo che espressivo e dell'amore per la lettura perché il pediatra non dovrebbe impegnarsi a suggerire ai genitori questi comportamenti che non riguardano la cura delle malattie?

Perché i pediatri non potrebbero metterli sul “mercato della salute” e diventare “venditori” di questo tipo di impegno nei contratti e nelle convenzioni?

Perché non passare dalla individuazione dei fattori di rischio - come finora si è fatto - che porta ad una vita invasa dalla medicina, alla individuazione ed alla cultura dei fattori di protezione dato che su questi c'è oramai sufficiente letteratura?

Non potrebbe essere questo il futuro dei pediatri in un mondo nel quale al valore della “specializzazione” si va sempre più sostituendo quello più globale di salute pubblica, cioè degli aspetti sociali, ambientali, politici della promozione della salute?

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Vi ricordate l'ICMESA di Seveso?
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Bambini con bisogni speciali**
Allattamento al seno e classe sociale
- **Il caso che insegna**
La sua bimba ha un solco "scimmiesco"
- **abc in pratica**
Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"
- **Saper fare**
Ricerca in banca dati per la compilazione
di linee guida per la diarrea acuta
- **Il caso che insegna**
Screening della sordità
A che punto siamo?

Vi ricordate l'ICMESA di Seveso?

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 38

Redazionale

La diossina liberatasi a Seveso con l'esplosione dell'ICMESA del 1976 ha avuto conseguenze sulla popolazione anche a distanza di tempo?

Secondo uno studio pubblicato su The Lancet si è avuta una diminuzione del rapporto maschi/femmine fra i figli di persone presenti nella zona dell'incidente. E questo anche in caso di minorenni che si sono sposati molti anni dopo.

Il 10 luglio 1976 a Seveso scoppiò un impianto della ICMESA che produceva diossina (TCDD). Si sparsero nell'ambiente 30 Kg della sostanza che oggi è considerata il composto più tossico fabbricato dall'uomo e che è giudicata sicuramente carcinogena dall'Agency for Research in Cancer di Lione. Un gruppo di ricercatori da allora studia sulla popolazione gli effetti di quell'esplosione. Qualche anno fa riferì preliminarmente che un'alta concentrazione serica di TCDD nei genitori sembrava legata ad un relativo aumento nel numero delle loro figlie femmine. Gli autori hanno continuato gli studi (Mocarelli P et al. Lancet 2000;355:1858) per chiarire se in effetti si era alterato il rapporto neonatale maschi/femmine, che usualmente è di 106/100 con un rapporto fra maschi e totale dei nati (106/106+100) di 0,51. Hanno misurato la concentrazione di TCDD sul siero, raccolto negli anni 1976 e 1977, di 239 genitori maschi e di 296 genitori femmine esposti alla deflagrazione ed hanno ricercato il rapporto maschi/femmine nei loro figli, che sono 346 femmine e 328 maschi nati nel ventennio fra il 1977 ed il 1996. I risultati sono questi. Mano a mano che le concentrazioni di TCDD crescono nel siero del padre o di ambedue i genitori aumenta la probabilità che i figli nati siano femmine (p= 0,008) raggiungendo valori di rapporto fino a 0,28 invece che 0,51. Quando il valore di TCDD è superiore a 15 parti per trillione (ppt) solo nella madre, o quando ambedue i genitori hanno un valore di TCDD eguale o inferiore a 15 ppt il rapporto rimane eguale a 0,51. La differenza quindi è fatta dal padre che se ha da solo una concentrazione di TCDD superiore a 15 ppt, comporta un'alterazione del rapporto maschi/femmine. Sembra non esistere alcun effetto mediato attraverso la madre. L'aumento della concentrazione nel padre - esa-

minata con test per valutare il trend - dimostra una diminuzione del numero dei maschi proporzionale al valore di TCDD. Nei padri esposti alla diossina in età minore di 19 anni (cioè in età prepubere ed adolescenziale) il rapporto è più basso (0,38) di quelli esposti ad un'età superiore a 19 anni (0,46). L'effetto della diossina si prolunga nei più giovani fino a 15 anni dall'esplosione. Quindi risulta permanente. Solo conseguenza dell'esplosione o di un persistente inquinamento industriale? Gli autori hanno esaminato anche i livelli di TCDD in abitanti nella zona di Seveso che non erano nel luogo dell'incidente nel 1976 e che non vi sono tornati: ebbene i loro livelli sono risultati altissimi (138-352 ppt), si da dimostrare che l'esposizione era precedente al momento dell'incidente. Non solo; l'alterazione del rapporto maschi/femmine era evidente fin da prima del 1976 ed è dimostrabile (0,34) fin dai nati del 1973. Come fa la diossina a determinare l'alterazione del rapporto?

Gli autori italiani non si espongono, ma un commento di *The Lancet* (Clapp R et al. pp. 1838) propone una spiegazione agghiacciante; la diossina è fetotossica, i maschi hanno una minore probabilità di sopravvivenza fin dalla vita endouterina e la diossina è l'elemento che li elimina accentuando innaturalmente una naturalità di morte precoce. È solo storia di "imprudenze industriali" (così si disse a quei tempi) questa di Seveso? Certamente no. I polli contaminati in Belgio e la lenta reazione dell'agenzia responsabile per la sicurezza sono del 1999 e non del 1976. La concentrazione di TCDD in una popolazione finlandese che si alimenta prevalentemente di pesce ha oggi livelli paragonabili a quelli della popolazione di Seveso della zona immediatamente adiacente all'area dell'esplosione.

Alla faccia dell'olio di pesce! ■

UN MARKER DI QUALITÀ

Rapporto fra cortisonici e broncodilatatori inalatori

Obiettivi È vero che il rapporto di prescrizione fra corticosteroidi per via inalatoria (C) e broncodilatatori per via inalatoria (B) può essere assunto come elemento per giudicare della qualità delle prescrizioni nel trattamento dell'asma bronchiale nella pratica medica? C'è qualche dato di letteratura che conferma l'ipotesi. Se ciò fosse vero, nelle aree dove questo rapporto è alto vi dovrebbe essere una minore morbilità per asma, valutabile in un minore ricorso al ricovero per asma in ospedale.

Certo vi possono essere fattori confondenti: differenze fra aree nella severità dell'asma, differenze nella distribuzione fra asma e altre malattie croniche ostruttive. La ricerca si propone di chiarire se vi sia un rapporto fra la prescrizione di maggiori quantità di corticosteroidi per via inalatoria rispetto ai broncodilatatori ed il ricorso all'ospedale.

Setting La ricerca si è svolta in un'area della regione del West Midland, la parte centrale del Regno Unito, il cui database-pazienti contiene i record di 597.075 cittadini collegati con 19.677.111 prescrizioni dal 1987 al 1996.

Metodi Sono state scelte le prescrizioni fra il 1993 ed il 1996; ne è stato fatto un campione del 10%; sono state estratte le prescrizioni di C e B, se ne è calcolata la DDD (defined daily dose), cioè la dose che deve essere somministrata per giorno ad un paziente sulla base delle linee guida dell'OMS per la terapia dell'asma; sono state ricavate le informazioni sul paziente cui le prescrizioni erano dirette e si è verificato che il paziente rientrasse nel codice della diagnosi internazionale di asma (493 e suddivisioni). I pazienti sono stati divisi per età (anni 0-4, 5-12, 13-17, 18-64, >64). È stato rilevato se i pazienti avevano ricevuto ospedalizzazioni e si è calco-

lato il numero dei pazienti e non il numero totale delle ospedalizzazioni. Si è calcolato il rapporto fra C e B sui pezzi prescritti al paziente e sulle DDD. L'analisi statistica è stata fatta col chi quadro e la forza dell'associazione è stata studiata col coefficiente di Pearson.

Risultati Fra il 1993 ed il 1996 sono state fatte 63.609 prescrizioni di prodotti inalatori a 5.129 asmatici. Il rapporto C:B è andato continuamente aumentando passando da 0,49 nel 1993 a 0,6 nel 1996. L'aumento del rapporto è significativo per tutte le età se si calcolano le DDD. Prenderemo in esame le età pediatriche: il rapporto per l'età 0-4 è passato in termini di DDD da 0,25 a 0,42, quello dell'età 5-12 da 0,48 a 0,60. Il numero dei ricoveri è significativamente diminuito in tutte le età, tranne in quelle 13-17 ed oltre i 64 anni. La correlazione fra rapporto C:B e diminuzione dei ricoveri è significativa a tutte le età tranne quelle di cui sopra. La correlazione più forte si è verificata nell'età 0-4: i ricoveri sono diminuiti dal 24% al 15%. La correlazione valutata è stata di -0,62 e significa che il 38% della variazione nel numero dei ricoveri è correlata alla variazione del rapporto C:B.

Conclusioni La forza dell'associazione indica che il rapporto C:B è un potente predittore di ricovero per asma, per lo meno nell'area studiata. Poiché il 47% del costo dell'asma è dovuto ai ricoveri ospedalieri è necessario di investire nell'area delle cure primarie per risparmiare risorse. La "sorpresa" della non significatività della correlazione nelle età fra 13 e 17

anni e dopo i 64 può essere dovuta allo scarso numero di pazienti compresi in queste bande.

Commento Si tratta di un ottimo esempio di come le banali e noiose registrazioni delle prescrizioni farmaceutiche di un'area territoriale possono essere usate ai fini della comprensione di fenomeni clinici e di economia sanitaria e della valutazione di qualità. Sempre che dette registrazioni non finiscano nei cassetti inesplorati delle direzioni aziendali o degli assessorati alla sanità.

Frischler M. Should the corticosteroid to bronchodilator ratio be promoted as quality prescribing marker? *Public Health 1999;113:247*

Parole chiave Asma bronchiale, Ospedalizzazione, Prescrizioni, Beta stimolanti inalatori, Cortisonici inalatori

g.c. b.

short

Diabetici:

genetica e ambiente

Vengono riportati i dati di prevalenza del diabete tipo 1 nei bambini di età inferiore ai 15 anni dal 1989 al 1994 in 44 centri in rappresentanza di quasi tutti gli Stati europei e di Israele. Sono stati registrati 16.362 casi su una popolazione di circa 28 milioni di bambini. L'incidenza media standardizzata annuale varia da 3,2 casi/100000/anno della Macedonia a 40,2 casi/100000/anno della Finlandia. I tassi di incidenza sono più alti nel Nord e nel Nord-Est dell'Europa, ad eccezione della Sardegna che con 36,6 casi/100000/anno è nettamente al di sopra della media del Centro e Sud dell'Europa.

Il tasso totale annuale di aumento di incidenza è del 3,4% con un picco nella fascia di età tra 0 e 4 anni (6,3%); tale risultato è di grande (e preoccupante) interesse ed evidenzia



l'importanza di fattori "ambientali", ancora non noti e oggetto di ipotesi, a cui i bambini sono esposti in un'epoca molto precoce della loro vita.

EURODIAB ACE Study Group Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe *Lancet* 2000;355:873

Parole chiave Diabete tipo 1

s. c.n.

CONVULSIONI FEBBRILI

Si sedano prima per via nasale

Obiettivi Lo studio si è proposto di confrontare la sicurezza e l'efficacia della somministrazione di midazolam per via nasale con il diazepam per via venosa nel trattamento delle convulsioni febbrili che durano più di dieci minuti.

Setting La ricerca è stata eseguita presso il Dipartimento di Emergenza Pediatrica di un ospedale universitario a Zerfin (Israele).

Metodi È stato eseguito uno studio prospettico randomizzato per un periodo di 12 mesi; sono stati inclusi bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni, con convulsioni febbrili che duravano da almeno dieci minuti, che venivano portati al pronto soccorso; sono stati esclusi quelli che avevano ricevuto un trattamento anticonvulsivante prima dell'arrivo al pronto soccorso. I bambini venivano trattati, secondo uno schema di randomizzazione preparato precedentemente, con 0,2 mg/kg di midazolam per via nasale o con 0,3 mg/Kg di diazepam per via venosa, con una dose massima di 10 mg; i ricercatori erano ciechi rispetto al trattamento. La principale misura di esito considerata è stata il tempo intercorso dall'arrivo in ospedale per l'inizio del trattamento alla risoluzione della crisi.

Risultati Le due modalità di trattamento si sono mostrate parimenti efficaci nelle 23 crisi trattate con midazolam e nelle 24 trattate con diazepam, ma il tempo medio tra arrivo in ospedale e risoluzione della crisi è stato più breve nel gruppo trattato con midazolam (3,5+/-1,8 min.; IC 3,3-3,7) che in quello trattato con diazepam (5,5+/-2 min.; IC 5,3-5,7); nessuna reazione avversa è stata registrata nei due gruppi. Si sono avuti due fallimenti terapeutici, uno per gruppo.

Conclusioni Gli autori ritengono che, in considerazione della più rapida somministrazione del midazolam per via nasale e della conseguente più rapida risoluzione delle crisi, questo tipo di trattamento potrebbe essere utilizzato nella routine del pronto soccorso e auspicano che tale pratica si possa diffondere nell'area delle cure primarie e possa essere insegnata ai genitori per essere praticata a domicilio.

Commento L'argomento potrebbe sembrare di scarso interesse medico; in fondo si parla di cercare di ridurre di qualche minuto la durata delle convulsioni febbrili, per definizione benigne. Se tuttavia ci mettiamo dalla parte dei genitori, ridurre anche di 120 secondi un evento così drammatico non è cosa di poco conto; tanto più se il metodo è meno invasivo e di più facile somministrazione. Lo studio ha tuttavia dei limiti. Il ridotto numero di pazienti arruolati condiziona fortemente il potere dello studio (cioè la probabilità di

osservare eventuali differenze tra i due gruppi) e certamente le dimensioni del campione non consentono una corretta rilevazione di frequenza e severità di eventi avversi. Inoltre gli autori non specificano come il medico presente al pronto soccorso fosse cieco e non si riesce bene a capire come avrebbe potuto esserlo. Infine non è immediata la trasferibilità dello studio all'area delle cure primarie e "a casa del paziente" dove routinariamente si utilizza il diazepam per via rettale. Non sappiamo dunque se gli stessi risultati si otterrebbero se il confronto fosse fatto con tale metodica e neppure se per i genitori sarebbe più facile la somministrazione per via nasale (come probabilmente c'è da attendersi).

Lahat E. Comparison of intranasal midazolam with intravenous diazepam for treating febrile seizures in children: prospective randomised study. *BMJ* 2000;321:83

Parole chiave Convulsioni febbrili

s. c.n.

short

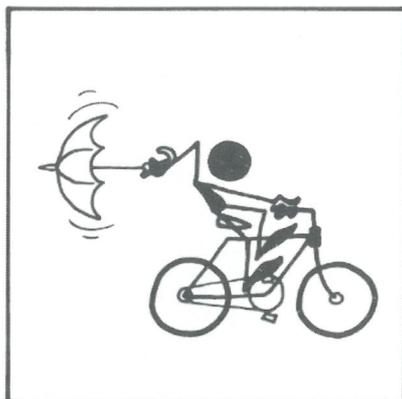
Nuovo test prenatale per la sindrome di Down

Un nuovo metodo di screening prenatale per la sindrome di Down è disponibile in Inghilterra ed integra l'uso degli ultrasuoni con quello degli esami biologici. Il test usa l'età della donna, la traslucenza nucale, la plasma proteina A serica, l'alfafetoproteina serica, l'estriolo non coniugato, la gonadotropina corionica umana e l'inibina A. Il test rivela l'85% dei feti affetti con una falsa positività dell'1%: è quello che al momento dà i migliori risultati ed è superiore al triple test suggerito in Italia.

Wise J. Another option for Down's syndrome screening available. *BMJ* 2000;320:733

Parole chiave Screening, Diagnosi prenatale, sindrome di Down

g.c. b.



RIPETIAMO

I corsi formano i congressi no

Obiettivi Nel campo della formazione postlaurea (CME) quali sono gli interventi capaci di cambiare le performance dei medici e di influire sui risultati delle cure mediche?

Setting Ricerca effettuata sui database di Research and Development Resource Base in CME (Università di Toronto) e del Specialised Register of the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group e completata su Medline dal gennaio 1993 al gennaio 1999.

Metodi Sono stati selezionati solo Trial Randomizzati di interventi formali di CME e solo se essi erano tesi a determinare le performance dei medici nella sede di lavoro o effetti sulla salute degli assistiti. Metodologia didattica era definita quella che offriva una minima interazione fra discente e docente (letture, conferenze, relazioni). Metodologia interattiva era definita quella che si fondava sull'interazione discente-docente e dava la possibilità di provare nella pratica le proprie capacità (gruppi di discussione, soluzione di problemi, role-play, operatività manuale). Mista era definita la metodologia che accoppiava le due precedenti. Erano esclusi gli studi che nascevano da obblighi istituzionali o che comprendevano incentivi.

Risultati Sono stati identificati 64 studi. Obbedivano ai criteri indicati solo 14 studi e 17 interventi formativi in essi contenuti. Tutti gli interventi valutavano l'effetto sulla performance dei medici e 4 anche l'effetto sulla salute degli assistiti. Esaminati singolarmente 9 interventi su 17 documentavano una modificazione positiva della performance dei medici e tre su quattro documentavano positivamente un riflesso sugli assistiti in termini di salute. Su sette di questi studi si poteva fare una metanalisi. Questa non dimostrava effetti di alcun genere (differenza media standardizzata 0,34; CI 95% -0,22 - 0,97). Una metanalisi che includeva solo interventi interattivi o misti dimostrava invece un effetto sulla performance dei medici (differenza media standardizzata 0,67; CI 95% 0,01 - 1,45). Isolando i quattro studi didattici si trovava che nessuno di essi modificava le performance dei medici.

Conclusioni La metodologia interattiva, ma non quella didattica, è efficace nella modificazione delle performance dei medici.

Commento Lo avevamo già scritto nell'editoriale del dicembre 1999 ed i dati di Davis e collaboratori (che sono dei ricercatori attenti ai problemi della formazione permanente) lo confermano. Il problema vero della formazione non sta nel farla accumulando crediti, ma sta nel farne uno strumento di modifica dei comportamenti cioè nel legare la formazione permanente al Continuous Quality Improvement (Holm HA. *BMJ* 1998;316:621) e conseguentemente nel ridurre le componenti di CME improduttive a favore di quelle produttive. È per questo motivo che nelle proposte di formazione dell'ACP (ma anche della FIMP) il valore creditizio dei corsi interattivi è assai più alto di quello dei congressi; in quelle della SIP invece l'importanza creditizia è rovesciata: sono sopravvalutati i congressi. Per chi volesse approfondire l'argomento rimandiamo ai precedenti lavori di Davis: *JAMA* 1992;268:1111 e *JAMA* 1995;274:700.

Davis D. Impact of formal continuing medical education: do conferences, work-

shops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867

Parole chiave Educazione sanitaria, Società Scientifiche, Formazione permanente, Aggiornamento

g.c. b.

short

Terapia del RVU

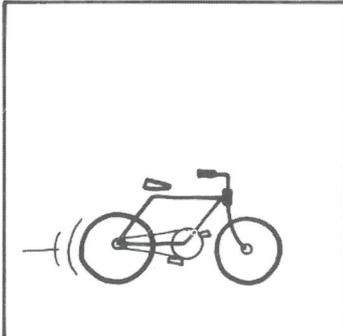
Anatomia di un fallimento

Pediatrics è netto: l'introduzione, dagli anni sessanta in poi, di aggressivi trattamenti medici e chirurgici per eliminare il RVU non ha prodotto alcun beneficio se questo è misurato con la riduzione dei malati che richiedono un trattamento dialitico; in altre parole i trattamenti medici e chirurgici del RVU (profilassi, interventi di correzione) non hanno ridotto il numero dei pazienti che vanno in dialisi per nefropatia da reflusso. Questo è quanto emerge da un accurato controllo del Registro neozelandese della dialisi e dei trapianti.

Craig JC. Does treatment of vesicoureteric reflux in childhood prevent end-stage renal disease attributable to reflux nephropathy? *Pediatrics* 2000;105:1236

Parole chiave Infezioni urinarie, RVU, Insufficienza renale terminale

g.c. b.



short

MICI e calprotectina

La calprotectina è una proteina dei neutrofili, molto stabile nelle feci, la cui concentrazione correla molto bene con il livello di attività della malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI). Un ulteriore passo in avanti è stato ora fatto confrontando la validità della calprotectina come marker della MICI con gli esami gold standard, colonscopia e scintigrafia. La calprotectina è risultata più sensibile della colonscopia macroscopica e strettamente correlata con la scintigrafia ($r=0,83$), permettendo di ipotizzare una sua utilizzazione di routine e una riduzione del numero delle procedure invasive necessarie nei bambini con MICI.

Bunn SK. Faecal calprotectin - Validation as a non-invasive measure of bowel inflammation in childhood inflammatory disease (IBD). *Arch Dis Child* 2000;82:SI:A20

Parole chiave MICI, Calprotectina

l. p.

short

Trappola solo per topi

In 542 bambini ricoverati presso un centro antiveleni di Portland (Oregon, USA) in un periodo di 4 anni, per aver assunto accidentalmente del topicida contenente superwarfarin, non è stata evidenziata alcuna alterazione del tempo di protrombina o complicazione emorragica e non è stata necessaria terapia con antidoti o vitamina K. La conclusione quindi è che in questi casi l'intervento medico è superfluo.

Mullins ME. Unintentional pediatric superwarfarin exposures: do we really need a protrombin time? *Pediatrics* 2000;105:402

Parole chiave Avvelenamento, Warfarin

l. p.

FERRO E PREMATURI Meglio con meno

Obiettivi Valutare prospetticamente la situazione nutrizionale del ferro in lattanti pretermine alimentati, dopo la dimissione, o con una formula per nati a termine (con 0,5 mg/dl di ferro) o con una formula per nati pretermine (con 0,9 mg/dl di ferro).

Setting Neonatologie degli ospedali di Newcastle-upon-Tyne e Ashington, Regno Unito.

Metodi Sono stati studiati lattanti prematuri (età gestazionale inferiore a 32 settimane) e di basso peso (peso alla nascita inferiore a 1750 g) che erano alimentati con latte artificiale, crescevano più di 20 g/die e non presentavano malattie sistemiche. Il reclutamento è avvenuto tra ottobre 1993 e gennaio 1997. Alla dimissione i lattanti reclutati sono stati assegnati a tre gruppi, ciascuno stratificato secondo il peso alla nascita inferiore, uguale o superiore a 1.250 g. Al gruppo A è stato dato un latte per prematuri fortificato con ferro (0,9 mg/dl) da assumere fino a 6 mesi di età corretta. Al gruppo B un latte per nati a termine (ferro 0,5 mg/dl) da assumere fino a 6 mesi di età corretta. Al gruppo C

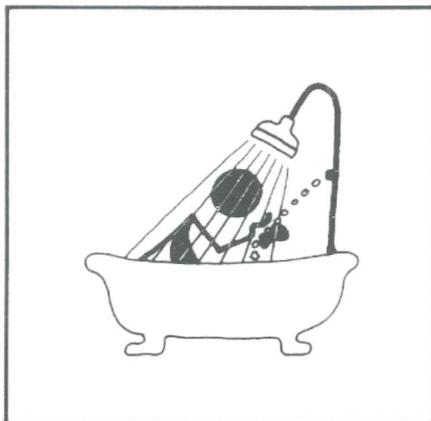
il latte per prematuri dalla dimissione fino a 40 settimane di età gestazionale, poi il latte per nati a termine fino a 6 mesi di età corretta. Non essendo state rilevate significative differenze tra il gruppo A e il gruppo C nel giugno 1995 quest'ultimo è stato soppresso. I bambini sono stati controllati regolarmente almeno una volta al mese. L'assunzione di ferro è stata calcolata pesando il latte effettivamente consumato. L'epoca di svezzamento è stata lasciata alla decisione dei genitori con il solo vincolo di non iniziare prima dei tre mesi di età corretta.

Risultati Sono risultati valutabili a 6 mesi 78 bambini; 29 del gruppo A, 34 del gruppo B e 15 del gruppo C.

L'assunzione di ferro differiva significativamente nei tre gruppi: A 1,17 mg/kg/die, B 0,81 mg/kg/die, C 0,86 mg/kg/die. La concentrazione di Hb dei tre gruppi era sovrapponibile a quella di prematuri di riferimento della stessa età post-natale senza carenza di ferro e a quella di nati a termine della stessa età post-mestruale. Tra i gruppi non si sono avute differenze nella concentrazione di Hb e di ferritina e nell'incidenza di carenza di ferro.

Conclusioni Latti artificiali contenenti tra 0,5 e 0,9 mg/dl di ferro sembrano essere idonei a soddisfare le esigenze nutrizionali di neonati pretermine dopo la dimissione dall'ospedale.

Commento Anche questo lavoro dimostra che non tutto quello che sembra ovvio è anche di necessità vero. La maggior parte dei lavori su questo argomento sono stati basati sul dato che l'assorbimento del ferro presente nel latte formulato non supera il 10%. Ma questo è stato dimostrato nel lattante a termine e non nel prematuro. Evidentemente non possiamo dare nulla per scontato e dobbiamo fare sistematicamente lo sforzo di dimostrare i nostri assunti. In verità è assodato che in condizioni di carenza marziale l'assorbimento di ferro dell'intestino aumenta: pensare quindi che questo potesse avvenire nei prematuri e cercare di dimostrarlo è il merito degli autori. Ora sta a noi apprezzarlo e mettere il tutto in pratica. Un altro dato importante emerso dall'osservazione



di parte dei lattanti fino all'anno di vita è la rilevazione di una diminuzione della ferritina sotto i 10 µg/l tra i 4 e gli 8 mesi in alcuni di loro e una sua successiva spontanea correzione senza alcun intervento e senza comparsa di anemia. Un simile comportamento è stato osservato anche nei prematuri supplementati con dosi più elevate di ferro e deve indurci a non avere troppa fretta nel diagnosticare una carenza marziale nel primo anno di vita.

Griffin IJ. Iron nutritional status in pre-term infants fed formulas fortified with iron. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999;81:F45

Parole chiave Prematuri, Ferro, Anemia da carenza di ferro

l. p.

short

Regno Unito: controllare i controlli

Continua il dibattito in UK sul valore dei controlli di salute, senza che siano state raggiunte molte conclusioni definitive. Ma almeno lì se ne parla. Uno studio prospettico, senza gruppo di controllo, su bambini di 1 anno seguiti per almeno 15 mesi realizzato a Nottingham ha portato a conclusioni favorevoli alla continuazione del modello di sorveglianza in uso. Non sono però tutte rose e fiori, soprattutto se cerchiamo di trovare nelle conclusioni dei ricercatori inglesi un solido sostegno per la continuazione del nostro modello.

Innanzitutto a fronte di una sensibilità degli screening molto alta per i problemi cardiaci (72%), per la sordità congenita e la displasia evolutiva dell'anca (100%), si è avuta una falsa positività altrettanto elevata per il testicolo ritenuto (60%) o per la displasia evolutiva dell'anca (97%). Inoltre la stragrande maggioranza dei problemi sono stati rilevati al controllo fatto intorno al primo mese di vita e alla somministrazione del Boel test da parte della assistente sanitaria. Quindi, con poca spesa molto raccolto. E nonostante ciò gli inglesi si propongono di ottimizzare ulteriormente al ribasso il numero dei controlli. Non è illegittimo perciò chiedersi, in presenza del progressivo accumularsi di dati che incrinano la validità del nostro modello di controlli di salute, se non sia il caso per noi di cominciare a proporre di cambiare qualcosa prima che altri ci obblighino a farlo.

Hampshire AJ. Is preschool child health surveillance an effective means of detecting key physical abnormalities? *British Journal of General Practice* 1999;49:630

Parole chiave Controlli di salute, Organizzazione sanitaria

l. p.

I casi del Venerdì a Trieste

Un libretto di centocinquanta pagine contiene cinquanta casi clinici, discussi nel Case Report del venerdì della clinica pediatrica di Trieste e scritti dagli specialisti. Si tratta di casi di prevalente, di interesse ospedaliero, alcuni più semplici che per il lettore possono funzionare come "remember" mentre possono offrire l'occasione per andare a recuperare, approfondire, aggiornare le nozioni nell'ambito del caso (il "Cosa abbiamo imparato" del nostro Caso che insegna). Il volumetto, che consigliamo specialmente agli ospedalieri, è stato pubblicato con la collaborazione di Eurospital cui, crediamo può essere richiesto (via Flavia 122 - 34147 Trieste. E-mail: info@eurospital.it).

short

Cresce... non cresce...

Sono stati esaminati retrospettivamente i dati di crescita e terapia di 475 Turner adulte provenienti da 15 importanti centri specialistici del Regno Unito.

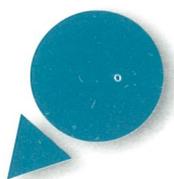
Le previsioni dell'età adulta sono state fatte usando i centili storici per la Turner del 1985. I trattamenti effettuati erano di vario tipo: estrogeni da soli, GH da solo o insieme a oxandrolone o a estrogeni o a entrambi, oxandrolone da solo o con estrogeni. La conclusione (sconfortante? prevedibile? influente?) è stata che la promozione di routine della crescita nella Turner non dà risultati apprezzabili nella maggior parte dei casi. I risultati migliori si hanno solo nel 30% dei trattati con la terapia tripla. Un trattamento più prolungato o un ritardo della pubertà non sembrano utili. La valutazione dei risultati dovrebbe tener conto del trend secolare di aumento della altezza finale

Spoudeas HA. Does treatment usefully increase final height in Turner syndrome? A multicentre audit study of 475 adults. *Arch Dis Child* 1999;80-S1:A10

Parole chiave Crescita, Ormone della crescita, Turner

l. p.





Bambini con
bisogni speciali

Allattamento al seno e classe sociale

Giuseppe Cirillo

Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 44-45

L'allattamento materno è influenzato da numerosi fattori: individuali, sociali, sanitari, ... Secondo numerosi studi, l'influenza dei fattori sociali nei paesi sviluppati è rilevante: le madri istruite, che lavorano, che hanno un marito che lavora, allattano al seno più frequentemente e l'allattamento dura di più. I fattori legati all'organizzazione sanitaria (nessuna informazione nei reparti di maternità, integrazione del latte materno, non rooming-in) che notoriamente possono influenzare negativamente l'allattamento materno potrebbero agire quindi con maggiore forza sulle classi svantaggiate.

I tassi di allattamento materno sono aumentati nei paesi industrializzati fin dagli anni ottanta, con l'incremento più grande nei paesi scandinavi, in cui le politiche promozionali sono state più intense.

Al momento in Svezia, circa il 70% ed il 20% di tutti i bambini sono allattati al seno rispettivamente a 6 e 12 mesi.

Come in altri paesi industrializzati, i tassi di allattamento materno in Svezia, sono positivamente associati con la quantità e qualità delle informazioni fornite e con la qualità dell'attenzione all'allattamento naturale dei reparti di maternità, con il supporto sociale fornito alle madri, ma anche con fattori materni quali l'alto livello socioeconomico, l'alto livello di istruzione e la residenza urbana. In Italia nel 1995 Sono state intervistate entro un mese dal parto, 1.601 madri selezionate in modo random dal Registro Italiano delle nascite nelle 20 regioni italiane.

Le madri che avevano iniziato l'allattamento (85,3%) sono state seguite per 12 mesi.

L'analisi di regressione logistica multipla ha mostrato che le madri che da sole avevano deciso di allattare, quelle che avevano ricevuto consigli nel reparto di maternità, quelle di classe sociale alta, avevano maggiori probabilità di iniziare l'allattamento al seno.

Per quanto riguarda la durata il 42% ha terminato a 3 mesi, il 19% a 6 mesi, il 4% a 12 mesi dopo il parto.

L'analisi di regressione multipla di Cox ha mostrato un'associazione negativa tra la durata dell'allattamento materno e l'uso della tettarella (RR 1,30-CI 1,18-1,50) ed il fumo materno (RR 1,26-CI 1,18-1,50) ed un'associazione positiva con l'alto (= o >14 anni) livello di istruzione materna (RR 0,98-CI 0,97-0,99). Le madri con livello sociale più alto hanno maggiori probabilità di iniziare l'allattamento rispetto alle madri con basso

livello sociale (91,1% vs 81,2% - OR 2,35 - CI 1,1-5,8) così come le madri che lavorano rispetto alle casalinghe (87,5% vs 81,9% - OR 1,54 - CI 1,1-2,06).

Le differenze geografiche hanno mostrato che l'inizio dell'allattamento materno si verifica meno frequentemente nelle isole rispetto all'Italia continentale (75,8% vs 85,3%).

Anche la durata dell'allattamento risulta associata fortemente ad alcune caratteristiche sociali quali l'alto livello di educazione (RR 0,98 - CI 0,97-0,99).

Il fumo (RR 1,26 - CI 1,03-1,54), l'uso della tettarella (RR 1,30 - CI 1,2-1,5) e abitare nelle isole (mediana 2,4 vs 3,0 mesi), sono tutti fattori associati negativamente alla durata dell'allattamento.

Uno studio ACP del 1994 già aveva evidenziato in Italia forti differenze geografiche nella diffusione dell'allattamento materno, con una maggiore frequenza al Centro-Nord rispetto al Sud-Isole, sia nell'inizio che nella durata (75,3% vs 56,2 e 51,6% vs 39,0% rispettivamente).

Tale distribuzione seguiva parallelamente le differenze sociali ed economiche del paese e della sua popolazione.

Anche in uno studio effettuato a Perth in Australia nel 1999 i fattori positivamente associati con la durata dell'allattamento materno (alla dimissione l'83,8% delle donne allattava al seno; a 3 e 6 mesi, rispettivamente il 61,8% ed il 49,9% allattavano ancora) sono stati l'istruzione materna (= o >11 anni vs 10 anni OR 0,72), l'età (30 a. vs 20 a. OR 0,72) ed il lavoro del padre (disoccupato vs occupati OR 1,97).

Uno studio su 522 donne negli USA-Cincinnati ha mostrato che l'allattamento al seno, messo in relazione al sistema sanitario (informazioni in ospedale, visita domiciliare, ...) ed alle caratteristiche demografiche (età mater-

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

na, stato giuridico, livello di istruzione, lavoro, ...), era maggiormente diffuso tra le donne bianche, con alto livello di istruzione, sposate, di età maggiore.

In uno studio ad Uppsala su 506 bambini, la durata dell'allattamento materno risulta nettamente maggiore nelle donne con alto livello di istruzione.

Il fumo materno e l'uso della tettarella sono invece associati negativamente all'allattamento materno.

In Francia nel 1995 è stata analizzata la frequenza dell'allattamento materno alla dimissione ospedaliera in tutti i bambini nati (12179).

Il 52% dei bambini viene dimesso con latte materno; l'allattamento al seno è più frequente nelle donne meno giovani, in quelle con alto livello di istruzione o con una occupazione qualificata.

Tra le donne francesi l'induzione del parto ed il nascere in piccoli ospedali è associato con una più bassa frequenza di allattamento materno; tra le donne non francesi, un basso livello di allattamento materno è osservato in donne nubili, in quelle che hanno avuto il taglio cesareo e quelle che hanno partorito in ospedali privati. In Inghilterra uno studio sui fattori che promuovono o scoraggiano l'allattamento materno nelle donne con basso reddito ha messo in evidenza che esistono tre gruppi di fattori che promuovono o scoraggiano l'allattamento materno: individuale e ambiente sociale, bambino e pratica ostetrica.

In termini di fattori individuali e dell'ambiente sociale le donne che continuano ad allattare hanno più frequentemente: attitudini positive, aspettative realistiche, più alti livelli di stima di se, l'aiuto della madre/amica, un partner non contrario

all'allattamento al seno e l'abilità a farcela con il percepito isolamento sociale.

In termini di fattori legati al bambino le donne che continuano ad allattare hanno bambini che più facilmente succhiano ogni 3-4 ore, sono percepiti come soddisfatti, prendono peso.

Ed infine, in termini di fattori legati alla pratica ostetrica, le donne che allattano di più facilmente non sono state separate alla nascita dai loro bambini, hanno ricevuto una buona istruzione soprattutto per la postura del bambino al seno, hanno avuto una continuità di input ostetrici ed hanno avuto l'opportunità di risolvere problemi con l'aiuto di una ostetrica di comunità.

Secondo gli autori la parte ostetrica può essere migliorata per promuovere il successo dell'allattamento materno delle donne a basso reddito con le seguenti misure:

1. creando aspettative realistiche e aumentando la sicurezza/desiderio del successo nell'allattamento.
2. fornendo un'informazione qualitativamente buona ed un supporto alle madri di bambini piccoli.
3. aumentando il supporto sociale alle madri che allattano, forse soprattutto educando le nonne (e i mariti) nella pratica dell'allattamento al seno.

L'allattamento materno è promosso internazionalmente come alimentazione preferenziale per i bambini da 4 a 6 mesi. Di conseguenza c'è molto interesse nella ricerca per i fattori predittivi dell'allattamento materno.

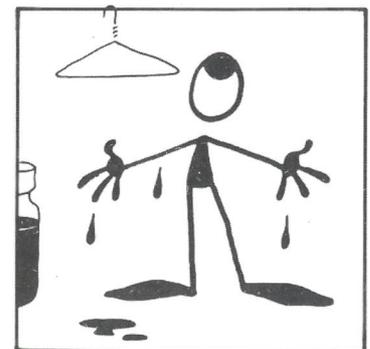
Negli studi che utilizzano analisi multivariate è sempre confermata una stretta e consistente associazione con i fattori demografici e sociali, quali l'età materna ed il livello di istruzione.

Nel nostro paese, e soprattutto nel Meridione, in cui non sono quasi mai implementati programmi specifici per favorire l'allattamento materno ed anzi molti fattori che impediscono di fatto l'allattamento materno sono molto diffusi (comportamenti omissivi: non informazioni, non cure per l'allattamento, non rooming-in, ... e comportamenti negativi: integrazione con liquidi vari al nido, prescrizione alla dimissione di latte artificiale, consegna di pacchetti regalo, ...), sembra del tutto

ovvio e conseguente che le donne con basso livello sociale siano quelle che pagano un prezzo più alto in termini di abbandono dell'allattamento al seno. È necessario che le misure che favoriscono l'allattamento materno siano adottate universalmente, ma è ancora più urgente dedicare maggiori sforzi a gruppi di popolazione che resistono con maggiore difficoltà alla pressione dell'industria, mediata dal sistema sanitario. ■

Bibliografia

- (1) Alva E et al. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr* 1999;88:411
- (2) Scott JA et al. Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia. *Acta Paediatr* 1999;88:416
- (3) Whelan A. Promoting successful breast feeding among women with a low income. *Midwifery* 1998;14:94
- (4) Scott JA et al. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 1999; 7:5
- (5) Tarkka MT et al. Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *J Adv Nurs* 1999;29:113
- (6) Hornell A et al. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999;88:203
- (7) Crost M et al. Breast feeding at maternity hospitals in France in 1995. National perinatal survey. *Arch Pediatr* 1998;5:1316
- (8) Rogers IS et al. The incidence and duration of breastfeeding *Early Hum Dev* 1997;49:45
- (9) The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in fifteen developing countries. *Int J Epidemiol* 1996;25:94
- (10) Conti Nibali S et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino* 1998;25:29



La sua bimba ha un solco "scimmiesco"

Sergio Conti Nibali*, Pierpaolo Mastroiacovo**, Sandra Perobelli***

*Pediatra di base, Messina

* Università Cattolica, Roma

** Psicologa Azienda ospedaliera, Verona

Il riscontro isolato di un dismorfismo minore (DM) all'E.O. di un neonato non è per niente indicativo di malformazioni maggiori o di sindromi dismorfiche. La presenza invece di 3-4 DM impone un'altra valutazione obiettiva del neonato specie per quel che concerne l'esame neurologico, che se è normale, è tranquillizzante. Il caso di P. è un classico esempio di cattiva comunicazione ai genitori di un sospetto diagnostico che rischia di determinare gravi disturbi della relazione genitori-bambini.

La storia

P., secondogenita, nasce da taglio cesareo con un'età gestazionale di 38 settimane e con un peso di 2800 gr e viene subito messa in incubatrice. Le informazioni date alla madre sono che è nata piccola e forse ha qualche problema. La madre la vede dopo 24 ore e la allatta; le sembra una bambina normale e le sue preoccupazioni rientrano.

A 6 giorni di età la madre telefona all'ambulatorio del pediatra di base per dire che alla dimissione la neonatologa di turno, nel consegnarle la scheda di dimissione ospedaliera, le ha comunicato che P. potrebbe avere una malattia molto grave. Al pediatra appare disperata, le sembra impossibile tranquillizzarla al telefono e le dice di venire in ambulatorio. Dopo poco arrivano in ambulatorio i genitori e riferiscono che al momento della dimissione la neonatologa ha comunicato che la bambina ha un "solco scimmiesco" (sic) ad una mano; secondo la neonatologa di turno ciò può non avere significato e può essere che P. non sia "mongoloide", però può anche essere "mongolismo, ma stia tranquilla, faccia la mappa cromosomica".

Il marito, che era già uscito con P. nel port-enfant e con la mamma era rimasto il fratellino di 7 anni, racconta che ha visto uscire la moglie in lacrime ed il bambino, sconvolto, che gli diceva "la dottoressa ha detto che la sorellina è mongoloide".

La diagnosi

In settima giornata il pediatra visita P. Ha un peso di 2.730 gr, un colorito roseo, la cute è normoelastica, ha lieve subittero alle sclere. Il tono muscolare è buono, i riflessi (Moro compreso) normali. Non vi è alcuna anomalia a carico delle orecchie, degli occhi e delle dita delle mani e dei piedi; è presente un solco palmare unico nella mano destra. Al

pediatra, sulla scorta della visita eseguita, sembra vi siano elementi per tranquillizzare la madre sull'assenza di segni e sintomi per sospettare la sindrome di Down.

Commento

Il caso di P. offre alcuni spunti che meritano di essere approfonditi.

1. Quale significato dare al riscontro di un dismorfismo minore (DM) in un neonato?

Il dismorfismo minore viene definito come un aspetto morfologico inusuale senza conseguenze né mediche né estetiche. Esso è presente, come segno unico in un numero molto alto di neonati sani, dal 13 al 28%. La piega di flessione palmare distale unica (solco palmare unico), l'epicanto, la sindattilia parziale del 2°-3° dito del piede, le appendici o le fossette pre-auricolari sono i più comuni; almeno uno di essi si osserva nel 3-4% di neonati sani.

L'importanza dei DM, in particolare la presenza di 2-3 di essi nello stesso bambino, viene a volte (o spesso) sopravvalutata.

Alcuni hanno sottolineato il loro "valore predittivo" per malformazioni maggiori o sindromi dismorfiche: circa del 10% per 2 DM e circa del 25% per 3 DM. Ma c'è un errore di fondo: non si tratta di valore predittivo positivo in senso stretto, come usualmente si intende per un test, ma solo di "co-presenza", di "associazione" tra una malformazione maggiore, spesso esterna e molto ben evidente, e DM.

Se un neonato "normale" presenta 1-2-3 dismorfismi minori occorre visitarlo con accuratezza e se tutto è normale, e se è soprattutto normale l'esame neurologico, bisogna essere tranquillizzanti e spiegare alla famiglia il significato di variabilità entro la norma.

Nonostante tra i neonati con sindrome di Down esista una certa variabilità è presente un insieme di caratteristiche comuni che consentono una diagnosi fenotipica che si basa su DM che non sono anormali in se stessi e non hanno alcun significato per lo stato di salute presente o futuro del bambino (*tabella 1*).

La diagnosi fenotipica non si basa su pochi segni, o peggio ancora su un solo segno come nel caso di P., e va confermata con l'esame dei cromosomi effettuato sulle cellule del sangue periferico del bambino, anche per identificare i casi di traslocazione.

Tabella 1. Caratteristiche fenotipiche della Sindrome di Down (segni di Hall).

Segno	%
Profilo piatto	89
Assenza del riflesso di Moro	82
Rime palpebrali inclinate	80
Cute retronucleare abbondante	81
Iperlassità articolazioni	77
Ipotonia muscolare	77
Mignolo corto/clinodattilia	58
Piega di flessione palmare distale unica	54
Elice superiore piegato	53

2. Quali conseguenze psicologiche può avere una diagnosi falsamente positiva?

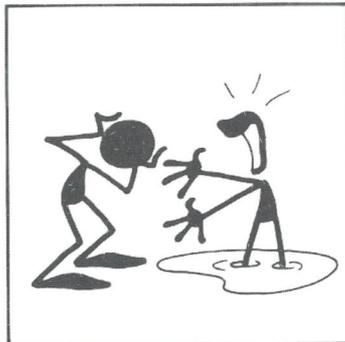
Gli studi condotti negli anni ottanta sugli effetti dei risultati falsamente positivi ai test di screening neonatali hanno messo in evidenza che, nel periodo in cui il sospetto diagnostico viene indagato, vi è un

impatto emotivo negativo sui genitori, in alcuni casi piuttosto intenso.

Talvolta anche la relazione madre-bambino ne risente, con difficoltà anche nell'allattamento. Tali reazioni non vengono superate immediatamente dopo la comunicazione di falsa positività, ma si protraggono nel tempo.

Inoltre gli studi condotti sui disturbi della relazione genitore-bambino ed in particolare sulla percezione di vulnerabilità del bambino, hanno messo in evidenza, fra i vari fattori, anche una correlazione positiva fra la percezione di vulnerabilità del bambino e la presenza in passato di un grave problema di salute, evidentemente non elaborato e superato emotivamente.

Una comunicazione anche semplicemente di sospetto diagnostico costituisce, quindi, un potenziale elemento traumatico.



Riconoscere gli effetti collaterali di tali situazioni consente (e dovrebbe obbligare) a fornire l'adeguata organizzazione assistenziale nelle diverse fasi diagnostiche, con appropriate informazioni sia prima, durante il processo, sia alla sua conclusione; l'informazione preventiva circa la possibilità di risultati falsamente positivi/negativi aiuta a contenere l'impatto emotivo.

Anche quando un sospetto diagnostico viene confermato, l'adattamento alla diagnosi viene facilitato se i genitori sentono di essere stati assistiti adeguatamente nelle fasi precedenti di accertamento. È poi importante ricordare che un "evento" si trasforma in "esperienza traumatica"

non solo per la sua rilevanza in termini di pericolosità e minaccia, ma soprattutto in relazione alla condizione di "vulnerabilità" della persona che sta vivendo l'esperienza stessa e cioè in relazione alle capacità e alle risorse che possono essere impiegate per far fronte alla situazione, tenendo conto che le stesse variano nelle diverse fasi di vita e a seconda dell'ambiente socioculturale in cui il soggetto vive. Ora è noto come il periodo immediatamente successivo alla nascita sia di estrema delicatezza: si stabiliscono le basi dell'attaccamento affettivo attraverso l'elaborazione del contatto diretto, ora concreto e reale, non più solo immaginato, fra la madre e il figlio. In questo incontro si giocano aspettative, idealizzazioni, delusioni, riconoscimenti e dalla loro combinazione e armonizzazione deriverà l'accettazione reciproca. Ogni evento "esterno" alla relazione che accade in questa fase, entra nella dinamica relazionale e interferisce con il processo in corso, complicandolo ulteriormente. "L'ambiente" che circonda il nascere di questa "relazione speciale" dev'essere quindi consapevole della vulnerabilità del periodo e adeguarsi con ogni strategia possibile per evitare impatti traumatici.

3. Come è stato l'approccio al problema da parte del reparto di neonatologia?

Ci pare che il caso descritto rappresenti, in fondo, un esempio di "malpractice". Un neonato viene dimesso; il suo cartellino porta la "segnalazione" di una anomalia che non è mai stata riferita ai genitori; la "neonatologa di turno", in fase di commiato, si "libera" del sospetto scaricando sulla madre la responsabilità della conferma/non conferma diagnostica. Il tutto senza pensare al significato emotivo del suo comportamento: "può essere mongolismo, ma stia tranquilla, faccia la mappa cromosomica".

Persino un bambino (vedi la reazione del fratellino) capisce la drammaticità di una tale comunicazione.

Forse è scontato ribadire che i segni



anomali riscontrati sul bimbo non andavano certo ignorati, ma segnalati, in una atmosfera serena il più possibile, empatica, almeno un paio di giorni prima della dimissione, appena la mamma mostrava di essere in fase di ripresa dopo il parto cesareo sostenuto, in un colloquio con entrambi i genitori, fornendo tutte le spiegazioni del caso e disposti a rispondere sia ai dubbi immediati sia a quelli che potevano riemergere in seguito, accompagnando soprattutto l'analisi dei segni patologici con la rilevazione di quanto di normale e sano si poteva riscontrare.

Cosa abbiamo imparato

Questo caso ci ha dato l'occasione per andarci a rivedere alcuni dati di letteratura che hanno ribadito che:

- la presenza di un solo DM in un neonato perfettamente sano non può farci porre diagnosi di sospetto la S. di Down;

- se un neonato presenta qualche DM occorre eseguire un attento esame obiettivo (neurologico in particolare) e, se normale, si può essere tranquillizzanti con la famiglia;

- la comunicazione anche di un semplice sospetto di una malattia severa costituisce un potenziale elemento di rottura di un equilibrio precario tipico del periodo immediatamente successivo alla nascita e proprio per questo non può essere improvvisata. ■

Bibliografia

- (1) Fyro K et al. Difficulties in psychological adjustment to a new neonatal screening programme. *Acta Paediatr Scand* 1988;77:226
- (2) Leppig KA et al. Predictive value of minor anomalies. Association with major malformations. *J Pediatr* 1987;110:531
- (3) Marden PM et al. Congenital anomalies in the newborn infant, including minor variations. *J Pediatr* 1964;64:357
- (4) Mehes K et al. Minor malformations in the neonate. *Helv Acta Paediat* 1973;28:477
- (5) Sharp MC et al. Communicating medical bad news: parents' experiences and preferences. *J Pediatr* 1992;121:539
- (6) Thomasgard M et al. Parent-Child relationship disorders. Part II. The Vulnerable Child Syndrome and its relation to Parental Overprotection. *J Dev Behav Pediatr* 1995;16:251

Napoli, 24-25 Novembre 2000

PEDIATRIA: DALLA RICERCA ALLA CLINICA, 2000

24 Novembre

9.00 Il trattamento delle infezioni delle alte vie respiratorie

Risultati di una ricerca condotta dai pediatri di famiglia

10.00 *Pillola* L'aerosol-terapia nell'asma

11.00 Le linfadenomegalie nella pratica quotidiana

Risultati di una ricerca condotta dai pediatri di famiglia

12.00 Progressi delle ricerche '99

I disturbi del linguaggio: dalla diagnosi al trattamento

12.45 *Pillola* Patogeni emergenti in infettivologia pediatrica

13.15 Quiz di autovalutazione

14.30 Progressi delle ricerche del 1999

La dietoterapia nelle intolleranze alimentari: cos'è cambiato dopo un anno

15.15 *Pillola* Le rino-congiuntiviti allergiche

16.00 La pubertà femminile: quando?

16.30 C'è l'ia-Chia? La dama invisibile!

Presentazione multimediale tra gli stand

17.00 *Pillola* Nuove acquisizioni nella patogenesi dell'asma

17.30 Quiz di autovalutazione

25 Novembre

9.00 Valutazione formativa della prima giornata

9.15 Il progetto di adozione sociale nell'ASL Napoli 1: primo anno di lavoro

10.15 *Pillola* La diarrea severa del bambino

11.00 Nati per leggere: il progetto "M.AT.IL.DA."

11.45 *Faccia a faccia*

Il sangue nelle feci visto dal pediatra e dal chirurgo

12.30 *Pillola* Bisogni di salute: domanda e offerta

13.00 Quiz di autovalutazione

13.15 Valutazione formativa della seconda giornata

Segreteria Organizzativa:

ACS International - Divisione Congressi

Via F.S. Nitti, 15 - 00191 Roma Tel. 063295804 Fax 063292961

Gruppi di lavoro:

Il convegno fa parte della sperimentazione ACP sulla formazione continua.

(documentazione in "Quaderni acp 2000;2)

CREDITI

1) Ai partecipanti ad ognuna delle tre sessioni vengono attribuiti 0,5 crediti.

2) Ai partecipanti ai gruppi di lavoro vengono attribuiti 4 crediti per ogni pediatra (al termine della formalizzazione dei risultati) che ha preso parte all'effettuazione della ricerca; 6 crediti a chi ha partecipato all'elaborazione del progetto e alla effettuazione della ricerca.



PUERIS AGGIORNA LE CONOSCENZE SULLA DIARREA IN ETÀ PEDIATRICA

Conclusioni in vista per il Progetto Pueris, l'indagine epidemiologica sulle diarree in età pediatrica: un anno di ricerca, 40 centri ospedalieri coinvolti, 1800 casi studiati. Dopo la fase di raccolta dati, saranno presentati a novembre i risultati conclusivi.

Si avvia alle battute conclusive il **Progetto Pueris**, la vasta indagine in Pediatria condotta per ampliare, aggiornare e rendere disponibile il patrimonio di conoscenze acquisite sulla diarrea acuta in età pediatrica, letta in chiave epidemiologica.

Nel '99 è stata condotta la fase ospedaliera, che ha visto il coinvolgimento di 40 centri di Pediatria, reclutati con l'intento di costruire il quadro più rappresentativo possibile dell'intera realtà nazionale.

Questa fase si è conclusa con la raccolta di circa 1800 casi, e oggi è stata completata anche l'elaborazione statistica.

All'elaborazione del protocollo di studio ha lavorato un Comitato Scientifico prestigioso composto da nomi di spicco della Pediatria italiana:

Prof. **Dario Pavesio** (Torino), che ha avuto il ruolo di coordinatore scientifico ed è stato affiancato dal Dott. **Alessandro Vigo**

Prof. **Luigi Nespoli** (Varese)

Prof. **Giuseppe Titti** (Roma)

Prof. **Giuseppe Caramia** (Ancona)

Prof. **Lucina Titone** (Palermo).

L'obiettivo che si è posto il progetto è stato duplice: raccogliere informazioni non solo sull'anamnesi e i dati clinici, ma anche sulle modalità di gestione dei piccoli pazienti affetti da diarrea acuta, sia a livello domiciliare sia nell'ambito ospedaliero, anche in relazione alla stratificazione sociale e alle differenze geografiche.

Il disegno del progetto, le finalità e i risultati acquisiti saranno presentati il 16 novembre nell'ambito del Congresso Nazionale di Infettivologia Pediatrica, organizzato dal Prof. **Principi**, che si terrà a Milano dal 15 al 17 novembre presso il Centro Congressi dell'Hotel Executive. La presentazione dei dati di Pueris sarà commentata attraverso due relazioni nella sessione "La Ricerca in Infettivologia Pediatrica".

PUERIS. Un progetto realizzato grazie al contributo di Enterogermina di Sanofi-Synthelabo.

Un dipartimento di emergenza senza "Ahi"

Antonella Brunelli

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

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 50-51

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 terza ed ultima parte di questo articolo. La prima parte è stata pubblicata sul Quaderni acp 2000;3:53, la seconda parte su Quaderni acp 2000;4:51.

Metodi suggeriti per le specifiche procedure TAC

Per l'esecuzione di questo esame indolore al capo e all'addome, è indispensabile una relativa immobilità e pertanto una sedazione per i bambini fino ai 3 anni. Farmaco di scelta è considerato il pentobarbital ev per l'effetto ipnotico e rilassante, il rapido inizio e l'altrettanto rapido recupero. Va utilizzato da personale specializzato e con paziente monitorato.

Posizionamento di vie intravenose e cateteri
La fobia per gli aghi, temuti più di una frattura o di una ferita chirurgica, causa un elevato distress nei bambini. I suggerimenti comportamentali e le metodiche di anestesia locale prima descritti riducono l'ansia e la paura, ma in una situazione di emergenza vengono raramente messi in atto, sia per la scarsa familiarità con queste tecniche, sia per alcune radicate convinzioni come ritenere che sia uno spreco di tempo attuarle, che due buchi siano peggio di uno, che l'anestetico renda più difficile reperire la vena, e che in fondo non sia poi una manovra così terribile.

Le strategie più utili sono la presenza dei genitori e un rapporto empatico col bambino ("faccio in un minuto, non è nulla e se piangi, ti capisco benissimo" piuttosto che "faccio in un minuto, ma se piangi e ti muovi ti devo ribucare") e, nel caso si voglia procedere ad una anestesia locale:

- EMLA, specie nei più piccini, da applicare almeno un'ora prima della puntura. Alcuni autori riportano una certa utilità nell'associare nitroglicerina unguento per l'effetto vasodilatatorio che agevola la ricerca della vena;
- Tetracaina crema. Applicata 50 minuti prima con bendaggio occlusivo, risulta essere più efficace e più rapida dell'EMLA e producendo vasodilatazione agevola la manovra,

ma non è in commercio e va preparata in farmacia;

- la iontoforesi può essere usata nei ragazzi più grandi che la preferiscono all'anestesia locale con aghi, nonostante la sensazione di bruciore e prurito a volte riferita;

- la lidocaina intradermo o sottocute è efficace quanto l'EMLA, è poco fastidiosa se si utilizza un ago molto sottile per l'iniezione e come la iontoforesi, è di più facile utilizzo nei ragazzi più grandi;

- Alcol benzilico. L'iniezione intradermica di 0.1-0.2cc di una soluzione allo 0.9% di alcol benzilico produce un'anestesia locale paragonabile a quella della lidocaina. Va evitata nei prematuri di peso molto basso per la potenziale tossicità.

- Ossido nitrico. La somministrazione di ossido nitrico produce ansiolisi, amnesia ed una moderata analgesia, utili nel posizionamento di una via intravenosa. La contemporanea somministrazione di EMLA o lidocaina riduce ulteriormente il dolore e se si aggiunge una premedicazione con midazolam si accentua l'effetto amnesico.

Sutura di lacerazioni

L'utilizzo di particolari strisce di tessuto adesivo permette, insieme all'uso dell'anestetico locale, la riparazione di molte ferite senza l'uso di ago, con risultati estetici comparabili a quelli delle suture, specie nel viso. Tuttavia in alcune sedi, quali quelle sottoposte a tensione, vicino alle articolazioni, nelle aree umide e nelle sedi che richiedono periodi di guarigione più prolungati, la sutura chirurgica è inevitabile. La gestione di queste ferite prevede l'utilizzo sia di ansiolitici sia di anestesia della ferite e utili risultano anche le tecniche di conforto, come la presenza dei genitori, la preparazione adeguata all'età e la distrazione. L'eventuale necessità di sedazio-

ne farmacologica nei bambini più agitati va chiaramente comunicata ai genitori.

Anestesia locale

TAC o LET instillate 20-30 minuti prima della sutura sono efficaci nella maggior parte delle ferite del volto e del capo, ma meno in quelle degli arti.

L'utilizzo di EMLA richiede un'ora di tempo prima della sutura.

L'iniezione di lidocaina è meno tollerata ma più efficace: se iniettata in soluzione tamponata, intiepidita, lentamente e con ago sottile, risulta meno dolorosa.

Sedazione non parenterale

- Midazolam. La somministrazione di midazolam per via orale, nasale e rettale, induce dopo 5-30 minuti una blanda sedazione e una media ansiolisi e amnesia. La somministrazione intranasale è irritante per cui è utile l'associazione con un anestetico locale.

- Fentanil orale-transmucosale. Il fentanil può essere somministrato per via orale sotto forma di lecca-lecca (*non in commercio in Italia*) ma, benché produca una sedazione da media a moderata, il suo uso è limitato dalla frequenza degli effetti collaterali come vomito e prurito al volto.

- Sufentanil e midazolam. Nella sutura di lacerazioni, la somministrazione intranasale di sufentanil più midazolam è risultata essere più efficace e più rapida, nell'induzione della sedazione e nel risveglio, rispetto alla somministrazione im di meperidina-prometazina-clorpromazina.

- Ketamina. Non è ancora stabilita una dose orale che permetta una efficace ma sicura sedazione.

- Ossido nitrico. La somministrazione di ossido nitrico al 50%, in associazione ad anestesia locale con LET, produce una sedazione cosciente di rapido inizio e fine, facile accettabilità; e una non trascurabile migliore compliance del bambino al momento della rimozione dei punti.

Sedazione parenterale

Per lacerazioni complesse o nell'impossibilità di una buona collaborazione, può essere necessaria sedazione con farmaci somministrati im o ev.

Puntura lombare

L'iniezione di lidocaina tamponata in corso di rachicentesi ai neonati ha ridotto la reazione muscolare, senza modificare né il numero dei tentativi, né il numero dei successi della manovra. L'utilizzo di lidocaina (sottocute o pulsata con la iontoforesi) o di EMLA, insieme alle tecniche di distrazione nei più grandi, risulta di grande utilità durante l'esecuzione di rachicentesi e aspirato midollare. A queste tecniche può essere aggiunta la somministrazione di ossido nitrico al 50%.

La somministrazione ev di midazolam riduce l'ansia e la paura prima e dopo ma non durante la manovra. Il suo utilizzo dopo la procedura può aumentare l'amnesia. L'utilizzo orale di ketamina o fentanil non provoca alterazioni dei parametri vitali ma può provocare gli effetti collaterali prima descritti.

Riduzione di fratture e di lussazioni, incisione e drenaggio di ascesso

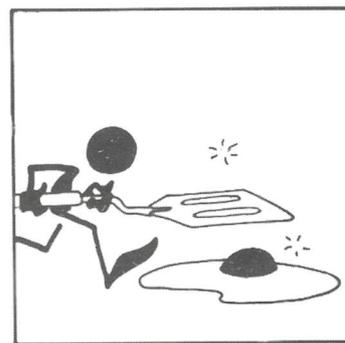
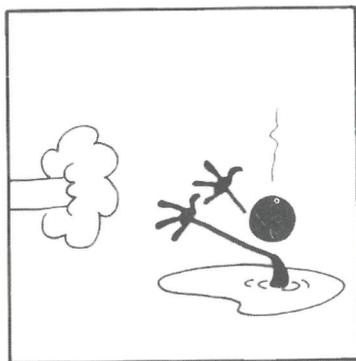
Le fratture, le lussazioni articolari, le grosse raccolte ascessuali e le ustioni di una certa entità sono fra le emergenze pediatriche più dolorose. L'immobilizzazione delle parti interessate normalmente riduce in modo significativo il dolore, ma a volte può essere necessario l'uso di morfina ev a dosi non sedative o lievemente sedative (0,05-0,15 mg/kg), prima di procedere a radiografie o altre indagini diagnostiche.

L'analgesia, l'ansiolisi e l'amnesia in corso di semplici fratture può essere ottenuta con N₂O al 50% o con midazolam ev combinato con lidocaina iniettata localmente all'interno della frattura, mentre un'anestesia regionale si può ottenere con una piccola dose ev oppure nel nervo

ascellare per le fratture dell'avambraccio, e di quello digitale per le singole dita. Qualora si rendesse necessaria una sedazione profonda, è preferibile usare l'associazione ketamina-midazolam ev che, rispetto a fentanil-midazolam, produce migliore effetto e minori complicazioni respiratorie. In ogni caso, una sedazione profonda va sempre condotta in ambiente attrezzato per la rianimazione e seguita da personale specializzato e addestrato. La sedazione profonda offre enormi benefici, ma non è priva di rischi.

Direzioni future

Una sempre maggior collaborazione fra medici dell'emergenza, anestesisti, medici della terapia intensiva ed esperti nella sedazione e nella gestione del dolore, dovrebbe portare alla definizione di protocolli sempre più sicuri ed efficaci per il controllo del dolore e del *distress* in pazienti non elettivi. L'utilizzo di farmaci a breve durata d'azione, quali propofol e methoexithal, di nuovi agenti quali l'isomero S(+) della ketamina e di nuove combinazioni fra i farmaci già noti con l'ossido di azoto, possono produrre una sedazione efficace, con ripresa più rapida, e minori effetti collaterali. Gli autori si augurano che un "Dipartimento di emergenza senza ahi" diventi realtà. ■





Saper fare



Ricerca in banca dati per la compilazione di linee guida per la diarrea acuta

Sergio Amarri, Elena Bergamini

U.O. di Pediatria, Azienda Ospedaliera di Modena

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 3: 52-55

L'articolo che pubblichiamo conferma dati di letteratura che sono (o dovrebbero essere) patrimonio comune dei pediatri di tutto il mondo. Così come sono completamente noti i passi dell'algoritmo di pag 55.

Il motivo della pubblicazione sta nel fatto che l'articolo è un esercizio di ricerca di dati su un problema clinico specifico. È cioè un esempio di come concretamente ci si prepara a fare della medicina basata sull'evidenza con metodi "formali" e non supponendo di sapere cosa suggerisce la EBM senza averla consultata correttamente..

Introduzione

Le linee guida come metodo di lavoro clinico e soprattutto come ispirazione di scelte terapeutiche sono facilmente percorribili laddove esiste ampio e documentabile consenso, mentre possono essere difficilmente applicate se questo è scarso e se esistono troppe aree grigie sull'argomento.

Attualmente vengono scritte linee guida basandosi esclusivamente su pareri di esperti o consensus conference, il che equivale alla mancanza di evidenze forti derivate da studi clinici. Esistono però alcune eccezioni: una di queste è la terapia della diarrea acuta infettiva (DAI), per la quale esiste un'importante letteratura proveniente da studi clinici randomizzati in doppio cieco, che ha già generato linee guida e raccomandazioni. La DAI è una patologia molto frequente nei primi 5 anni di vita, durante i quali ogni bambino sperimenta almeno una volta all'anno un episodio di DAI, mentre il 10% di questi ha circa tre episodi annuali (1). La stragrande maggioranza si presenta in forma medio-lieve e non richiede la gestione in ambiente ospedaliero.

Obiettivi

Scopo di questo articolo è mostrare il percorso che, partendo dalle evidenze a disposizione, permette di individuare alcune raccomandazioni per la valutazione e il trattamento della DAI.

Metodi

Medline e ricerche di letteratura

Medline e ricerche di letteratura medico-scientifica sono state seguite su quanto pubblicato dal 1966 ad oggi. Utilizzando come

«*subject headings*» i termini gastroenteritis, diarrhea, rehydration solutions, dehydration e hypernatremia sono state trovate circa 45.000 pubblicazioni, 400 circa inserendo nel «*texword searching*» le parole infectious diarrhea, 80 con oral rehydration solutions e circa 20 per hypernatremia dehydration. Sono state individuate 12 *review*, 5 *meta-analysis*, 10 *randomized control trial*, 144 *cohort study* e circa 300 *case control study*. È stata data priorità a queste pubblicazioni. Per stilare le raccomandazioni sono stati letti e ritenuti utilizzabili le *review*, le *meta-analisi*, gli studi clinici randomizzati e altri studi degli ultimi cinque anni, per un totale di 53 articoli. Sono state utilizzate le definizioni di *Livelli di evidenza* e *Gradi di raccomandazione* della US Agency for Health Care Policy and Research (*tabella 1, 2*).

Le informazioni ottenute

Le informazioni così ottenute sono state organizzate secondo quattro aree di interesse per la gestione clinica della diarrea acuta:

- 1) valutazione dello stato di disidratazione,
- 2) indicazioni all'ospedalizzazione,
- 3) terapia reidratante orale,
- 4) rialimentazione precoce.

La diarrea o gastroenterite acuta è definita come rapida comparsa di alvo scomposto con o senza vomito, nausea, febbre e dolori addominali. Le raccomandazioni si intendono applicabili a bambini <5 anni, residenti in paesi industrializzati, senza disturbi associati ad altri organi, inclusa l'immunodeficienza. Le raccomandazioni non si considerano applicabili alla diarrea di durata superiore a 10-15 giorni che si accompagna a scarso accrescimento, né al vomito non associato a diarrea.

Per corrispondenza:
Sergio Amarri
E-mail: amarri@unimo.it

Risultati e discussione

Valutazione dello stato di disidratazione (2)
L'approccio clinico tradizionale (anamnesi ed esame obiettivo) rimane la base per un'accurata valutazione dello stato di disidratazione. Non tutti i segni e sintomi però sono utili allo stesso modo. Ad esempio la diuresi e i parametri cardiopressori non si sono dimostrati determinanti nel decidere il trattamento dei pazienti con DAI, mentre fondamentale è la conoscenza della perdita di peso corporeo che consente di distinguere la disidratazione come lieve (<5%), media (6-9%) e grave (>10%).

Sono emerse evidenze di tipo *A-I a* (cioè grado di raccomandazione *A* in **tabella 2** e

Tabella 1. Livelli di evidenza

- <i>I a</i> Evidenza ottenuta da meta-analisi di studi clinici randomizzati controllati (RCTs).
- <i>I b</i> Evidenza ottenuta da almeno un RCT.
- <i>II a</i> Evidenza ottenuta da almeno un studio controllato ben disegnato senza randomizzazione.
- <i>II b</i> Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi-sperimentale ben disegnato.
- <i>III</i> Evidenza ottenuta da studi descrittivi non-sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e di casi.
- <i>IV</i> Evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli.

livelli di evidenza *I a* in **tabella 1**: evidenze derivate da metanalisi e da studi clinici randomizzati) per la valutazione della presenza e della severità della disidratazione sulla base della perdita di peso corporeo (se disponibile) e su alcuni dati clinici di provata utilità: pliche cutanee persistenti, secchezza mucosa orale, infossamento oculare, stato neurologico alterato. Evidenze di tipo *B-II b* (vedi sempre **tabella 1 e 2**) sono state trovate per valutare il rischio di disidratazione in base all'età (più alto nei lattanti) e alla frequenza delle scariche acquose e del vomito.

Indicazioni al ricovero (3,4)

Indicazioni per l'invio all'ospedale sono: l'età neonatale, l'età <6 mesi in presenza di febbre e diarrea muco-ematica, diarrea emorragica e immuno-deficienza. Concorde è il parere sulle indicazioni assolute: disidratazione grave, compromissione del sensorio, shock, vomito incoercibile e

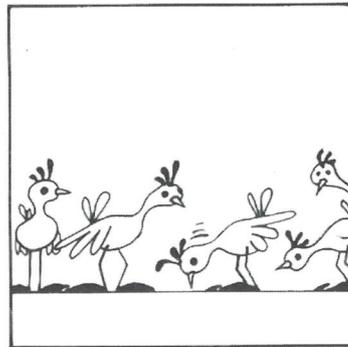


Tabella 2. Grado delle raccomandazioni

Grado	Raccomandazione
A (Livelli di Evidenza Ia, Ib)	Richiede: almeno un RCT, letteratura di complessiva buona qualità e consistenza, che suggerisca specifiche raccomandazioni
B (Livelli di Evidenza IIa, IIb, III)	Richiede: disponibilità di studi clinici ben condotti ma non RCTs sui temi della raccomandazione
C (Livello di Evidenza IV)	Richiede: evidenza ottenuta da rapporti di commissioni di esperti o opinioni e/o esperienze cliniche di persone autorevoli. Indica assenza di studi clinici direttamente applicabili di buona qualità

incapacità della famiglia a gestire il problema. Quest'ultima è forse l'evenienza più frequente e va considerata al riguardo l'affermazione della *American Academy of Pediatrics* (AAP), che riporta circa 300 casi di morte per diarrea acuta/anno (5) in bambini con meno di 5 anni negli USA e considera come gruppi a maggior rischio i lattanti nati prematuri, i figli di madri adolescenti, le minoranze etniche e i gruppi socialmente sfavoriti (*C-IV*, vedi sempre **tabella 1 e 2**)

Terapia reidratante orale

La terapia reidratante orale (ORT) è il trattamento preferito nei bambini con disidratazione lieve e moderata conseguente a diarrea (*A-I a*). Le soluzioni a bassa osmolarità (240 mmol/l) contenenti sodio, glucosio, potassio e citrato, come indicato dalla *European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) (**tabella 3**), sono sicure ed efficaci nel trattamento della disidratazione da gastroenterite nei bambini europei (*A-I a*) (6).

Si raccomanda di completare l'ORT in 3-4 ore (*B-II b*), in pratica incoraggiando l'assunzione ad libitum ed a piccole quantità (ad esempio 5 ml ogni 2 minuti). L'AAP consiglia di somministrare nelle prime 4 ore circa 50 ml/kg per la disidratazione lieve e 100 ml/kg per quella moderata, aggiungendo le perdite conteggiate in 10 ml/kg per ogni scarica liquida e 2 ml/kg per ogni vomito.

In caso di disidratazione ipernatremica è dimostrato che la ORT è più sicura della reidratazione endovenosa (*B-II b*), in questo caso per ridurre il rischio di complicanze (convulsioni) viene raccomandata una somministrazione «lenta», fornendo i liquidi necessari in circa 12 ore e monitorando i livelli di sodio sierico (*C-IV*) (2).

Rialimentazione precoce

Le basi scientifiche a favore della rialimentazione precoce in corso di diarrea acuta sono note (7). Abbiamo a disposizione modelli animali in cui si è osservata atrofia della mucosa

durante il digiuno e durante nutrizione parenterale, risolubile con la rialimentazione per os. È noto quanto il latte materno sia ricco di fattori di crescita, ormoni, fattori anti-infettivi, azoto non-proteico, glutamina, n-3 acidi grassi. Esiste ampia evidenza del rischio di iponutrizione derivante da una dieta troppo ristretta: lattanti ospedalizzati per diarrea possono arrivare a una riduzione dell'assunzione calorica fino a 60 kcal/kg/die (8). È stata dimostrata la sicurezza dell'impiego di proteine del latte vaccino in corso di rialimentazione (9). Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'utilità della rialimentazione precoce. Il più importante per noi europei è sicuramente lo studio collaborativo ESPGHAN (10), dove 230 pazienti con meno di 3 anni, ospedalizzati per diarrea acuta, sono stati rialimentati *in modo randomizzato* precocemente (ORT per 4 h) o tardivamente (ORT per 24 h).

L'eziologia nei due gruppi era paragonabile e prevalentemente costituita da Rotavirus. In questo studio l'incremento ponderale è stato migliore nel gruppo rialimentato precocemente, mentre non esisteva nessuna differenza in numero di episodi di vomito e diarrea tra i due gruppi. Sulla base di questo studio e di numerosi altri, l'ESPGHAN (7) conclude che il trattamento ottimale della disidratazione lieve e moderata in Europa deve consistere in: reidratazione orale con ORT nelle prime 3-4 ore, rapida reintroduzione della normale alimentazione subito dopo. Le formule prive di lattosio appaiono ingiustificate nella maggioranza dei casi, mentre vanno impiegate in presenza di segni

di intolleranza (peggioramento sintomi e sostanze riducenti >0.5% nelle feci).

L'AAP (5) raccomanda che i bambini con diarrea senza disidratazione devono continuare ad alimentarsi con l'abituale dieta (adeguata all'età). Bambini che necessitano di reidratazione devono essere alimentati allo stesso modo al termine della reidratazione. Alimenti consigliati per la rialimentazione sulla base studi clinici controllati (II a, II b, B) sono: latte materno, latte adattato (piena concentrazione) + cereali (nei bambini svezzati), latte privo di lattosio (sintomatologia prolungata), carboidrati complessi (cereali, pane e patate), carni magre, yogurt, frutta e vegetali; evitare cibi grassi e ricchi di zuccheri semplici.

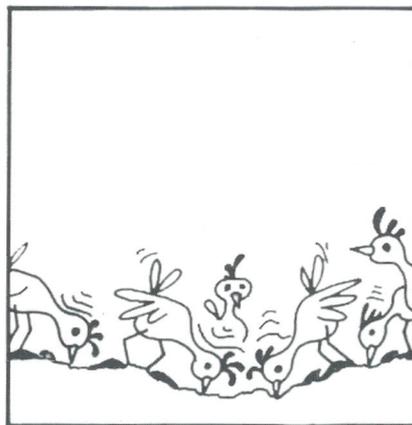


Tabella 3. Confronto tra soluzione ESPGHAN per la reidratazione orale e alcune soluzioni disponibili in commercio in Italia

mmol/l	Glu	Na+	K+	Citrato	mOsm/l	Glu/Na
Soluzione ESPGHAN	74-111	60	20	10	200-250	1,2-1,8
Dicodral	110	30	20	10	210	3,7
Dicodral 60	90	60	20	0	221,3	1,5
Dicodral forte	110	90	20	30	330	1,2
Idravita*	88	60	20	0	230	1,4
Reidrax	183	23	8,6	0	245	7,9
Pedialyte	250	30	20	0	247	8,2

*contiene edulcoranti e dolcificanti

Conclusioni

Le evidenze a disposizione indicano come la DAI sia una patologia da trattare, in tutti i casi possibili, con approccio ambulatoriale e con la reidratazione orale; si fornisce in **tabella 3** un panorama di soluzioni in commercio di Italia confrontate con la "soluzione ESPGHAN".

Il digiuno intestinale non presenta vantaggi rispetto alla rialimentazione precoce. Il riposo intestinale come pratica terapeutica nelle malattie gastro-intestinali è un metodo antico, consolidatosi nel tempo, ma privo di razionalità e basi scientifiche. La tendenza a resistere a queste evidenze è diffusa, come dimostra un articolo pubblicato due anni dopo la diffusione delle linee guida AAP e riportante interviste a 87 pediatri israeliani (11). Di questi il 73% conosceva le linee guida AAP, l'83% applicava la ORT correttamente, il 67% non prescriveva formule a piena concentrazione nella rialimentazione, il 37% interrompeva temporaneamente l'alimentazione e l'83% utilizzavano dieta ancora la tradizionale dieta BRAT (banana, riso, mela e toast). Questi dati sono confermati da un recentissimo studio europeo (12). Circa tremila pediatri europei, rispondendo ad un questionario sul trattamento delle DAI, hanno confermato la propensione ad utilizzare ORT e a continuare l'allattamento al seno, mentre le risposte fornite dalla maggioranza degli intervistati hanno disatteso la restante parte di linee guida ESPGHAN.

Questo scetticismo si scontra con una mole di conoscenze ben documentate: che indicano chiaramente quale sia la terapia sicura ed efficace per la DAI.

Anche se le raccomandazioni presentate non sono da intendersi come unica guida per il trattamento e non sostituiscono il giudizio clinico, provvedono tuttavia un buon esempio di schema analitico per la valutazione e il trattamento dei bambini con DAI e costituiscono un buon esempio di medicina basata sulle evidenze. ■

Bibliografia

- (1) Guandalini S. Overview of childhood acute diarrhoea in Europe: implications for oral rehydration therapy. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1989;364:5
- (2) Murphy MS. Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. *Arch Dis Child* 1998;79:279

(3) McConnochie KM et al. How commonly are children hospitalized for dehydration eligible for care in alternative settings? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:1233

(4) Guarino A et al. L'approccio ambulatoriale al bambino con diarrea acuta. *Bollettino SIGEP* 2000;7:6

Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Practice parameter: the management of acute gastroenteritis in young children. *Pediatrics* 1996;97:424

(5) ESPGAN Working Group on Acute Diarrhoea. Recommendations for feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24:619

(6) Duggan C et al. "Feeding the gut". The scientific basis for continued enteral nutrition during acute diarrhea. *J Pediatr* 1997;131:801

(7) Hoyle B et al. Breastfeeding and food intake among children with acute diarrheal disease. *Am J Clin Nutr* 1980;33:2365

(8) Snyder J. Dietary protein sensitivity: Is it an important risk factor for persistent diarrhea? *Acta Paediatr Suppl* 1992;381:78

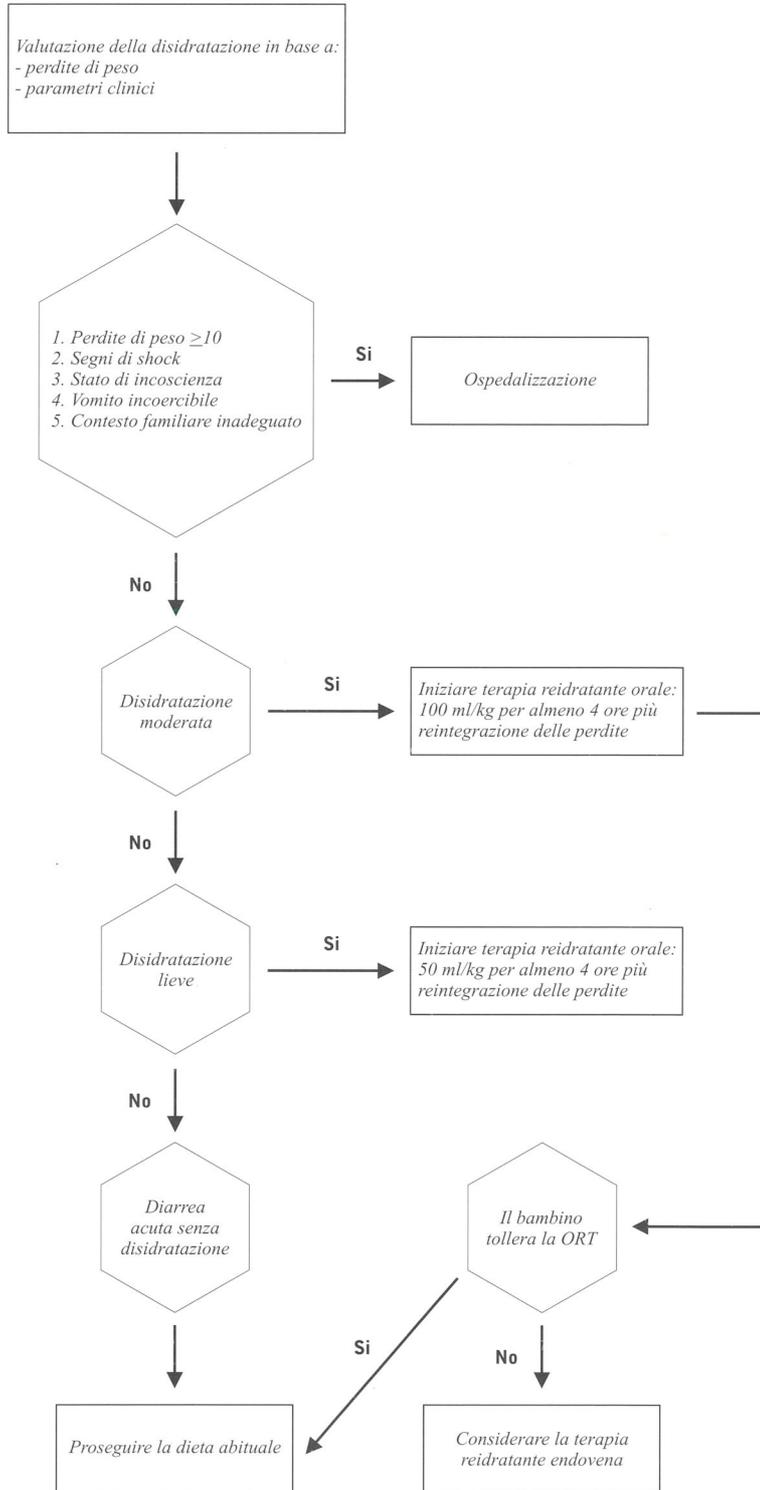
(9) Sandhu BK et al. Early feeding in childhood gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24:522

(10) Shamir R et al. Management of acute gastroenteritis in children in Israel. *Pediatrics* 1998;101:892

(11) Szajewska H et al. On behalf of the working group on acute diarrhoea of the ESPGHAN. Management of acute gastroenteritis in Europe and the impact of the new recommendations: a multicenter study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:522

Algoritmo riassuntivo del trattamento ambulatoriale della diarrea acuta infettiva lieve e moderata

Diarrea acuta
Età: 1 mese - 5 anni
Anamnesi e E.O.



Screening della sordità

A che punto siamo?

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 5: 56-57

Redazionale

In Italia non esiste una politica nazionale degli screening se si esclude l'ipotiroidismo e la fenilchetonuria. Quello della sordità non è mai stato non diciamo risolto, ma neppure affrontato.

Abbiamo più volte trattato il problema dello screening della sordità (*Quaderni acp* 1997;4:32 - 1998;6:42 - 1999;5:40).

Il senso del problema è noto: una precoce identificazione si associa ad uno sviluppo del linguaggio migliore. Quindi l'identificazione del difetto deve essere fatta prima possibile. Anche semplicemente per porre i genitori per tempo di fronte all'esame delle possibili soluzioni. Quanto prima? Secondo *Yoshinaga-Itano et al. (Pediatrics 1998;102:1181)*, ma secondo molti altri autori, entro i 6 mesi di vita. Ciò pone decisamente fuori causa il Boel test usato nei bilanci di salute nel nostro paese. In Gran Bretagna (dove viene effettuato da tecnici) il Boel test dà una identificazione del bambino sordo in media al 18° mese di vita. Occorre cercare altre strade. Chiappe propone da tempo, ed attua in Sardegna con buoni risultati, il questionario per i genitori.

Una simulazione sul costo/efficacia di due metodologie viene presentata da *Kemper AR e coll. su Arch Ped Adolesce Med (2000;154:484)*.

La simulazione accetta i dati delle letteratura relativamente ai costi delle procedure ed alla sensibilità e specificità dei test di Emissione otoacustiche (EOTA) e dei Potenziali uditivi del tronco (all'inglese ABR). I valori sono quelli della *tabella 1*.

Tabella 1.

	EOTA	ABR
Sensibilità	86 (66-100)	98 (80-100)
Specificità	92 (91-93)	96 (86-98)

Pone poi a confronto due ipotesi organizzative dello screening.

La *prima* prevede l'utilizzo in prima battuta delle emissioni otoacustiche solo per i casi ad alto rischio (ricovero in TIN, storia familiare di difetti uditivi, deformità cranio-facciali); per i positivi a questo esame viene proposto l'utilizzo dei potenziali uditivi del tronco. È quanto si fa in gran parte del nostro paese; con la correzione di partire subito con i potenziali evocati uditivi.

La *seconda* ipotesi prevede per tutti l'uso delle emissioni otoacustiche e per i positivi i potenziali evocati del tronco. Questi esami vengono effettuati la prima volta con mezzi automatici, mentre l'accertamento finale viene effettuato con l'esame dei potenziali evocati del tronco tradizionale e diagnostico. Il risultato del confronto è il seguente su una corte di 100.000 ipotetici bambini (*tabella 2*). La seconda ipotesi organizzativa è quindi in grado di scoprire il 40% di casi in più

Tabella 2.

	Casi individuati	Falsi positivi	Costo in dollari
Ipotesi 1	51	16	158860
Ipotesi 2	86	320	1004860

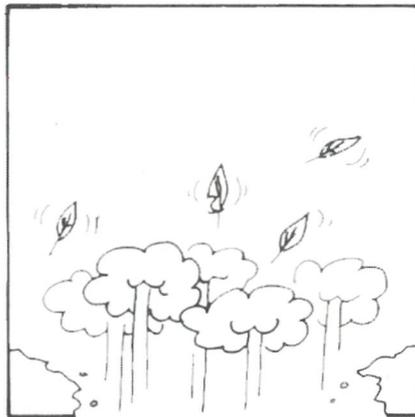
della prima ad un costo sensibilmente più alto e con una quantità non trascurabile di falsi positivi.

È difficile, al momento attuale, effettuare una puntuale valutazione economica dei benefici che vadano al di là della conoscenza di un destino linguistico migliore dei difetti uditivi diagnosticati precocemente; non sono ben noti i valori di Quality Adjusted Life Years (che probabilmente possono essere pienamente valutati solo da un sordo e non da un udente) e comunque mancano trial clinici controllati con endpoint "veri" sul

risultato di un intervento riabilitativo precoce, sull'uso di protesi e di impianti cocleari che necessitano di capacità e di abilità per essere usate con successo. Sul piano grettamente economico non è noto l'incremento di produttività sociale di un cittadino "ex" bambino con difetto uditivo diagnosticato precocemente. Il problema dei falsi positivi non sembra diverso da quello di tutti gli altri screening.

Ridotto il problema all'osso il costo incrementale dell'ipotesi 2 (\$ 11644/caso) sull'ipotesi 1 (\$ 3144/caso) è di 8530 dollari per caso identificato. Trasportando i dati sulla popolazione nazionale italiana con l'ipotesi 1 (che è sostanzialmente in atto) identificherebbero 255 bambini ogni anno, con l'ipotesi 2 ne identificherebbero 430 con un guadagno di 175 bambini e con un costo di circa tre miliardi di lire in più. Per avere un'idea della dimensione del costo, all'interno del SSN, si pensi

che la Valle d'Aosta ha assegnato dallo Stato per il complesso di tutta l'assistenza 287 miliardi per anno. È quindi urgente porsi questo trascurato problema.



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 subtilis*,

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

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, che è attualmente di Lit. 100.000, 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.



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

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

Età	Kg (mg)	Dose singola Zinnat 125 mg	N. Cucchiaini Zinnat 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 regolarsi di conseguenza. **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** I farmaci che riducono l'acidità gastrica possono diminuire la biodisponibilità del prodotto confrontata con quella risultante dall'assunzione a digiuno e tendono a cancellare l'effetto dell'aumento dell'assorbimento conseguente all'assunzione del cibo. Poiché si possono osservare falsi negativi nel test del ferrocianuro, si raccomanda di usare i metodi della glucosio ossidasi o della esochinasi per la determinazione del glucosio ematico nei pazienti trattati con Acetossietilcefuroxima. ZINNAT® non interferisce con la determinazione della creatinina nel saggio con picrato alcalino. Sono state segnalate in corso di trattamento con cefalosporine positività dei test di Coombs; ciò può interferire con i test di compatibilità del sangue. **4.6. Gravidanza e allattamento.** Sebbene non esistano prove sperimentali di effetti embriopatici o teratogeni attribuibili a ZINNAT®, come per tutti gli altri farmaci, nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo del medico. La Cefuroxima è escreta nel latte materno; è necessario quindi nelle donne che allattano, decidere se sospendere l'allattamento al seno e somministrare il farmaco, o viceversa continuare l'allattamento rinunciando al trattamento. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari.** In considerazione del profilo degli effetti collaterali di ZINNAT® è improbabile che il trattamento possa interferire con la capacità di guidare o l'uso di macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Le reazioni indesiderate a ZINNAT® sono in genere di natura lieve e transitoria. Come con altre cefalosporine, vi sono state rare segnalazioni di eritema multiforme, sindrome di Stevens-Johnson, necrosi epidemica tossica (necrosi essentematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattia da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito in una piccola percentuale di pazienti; come con altri anti-

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

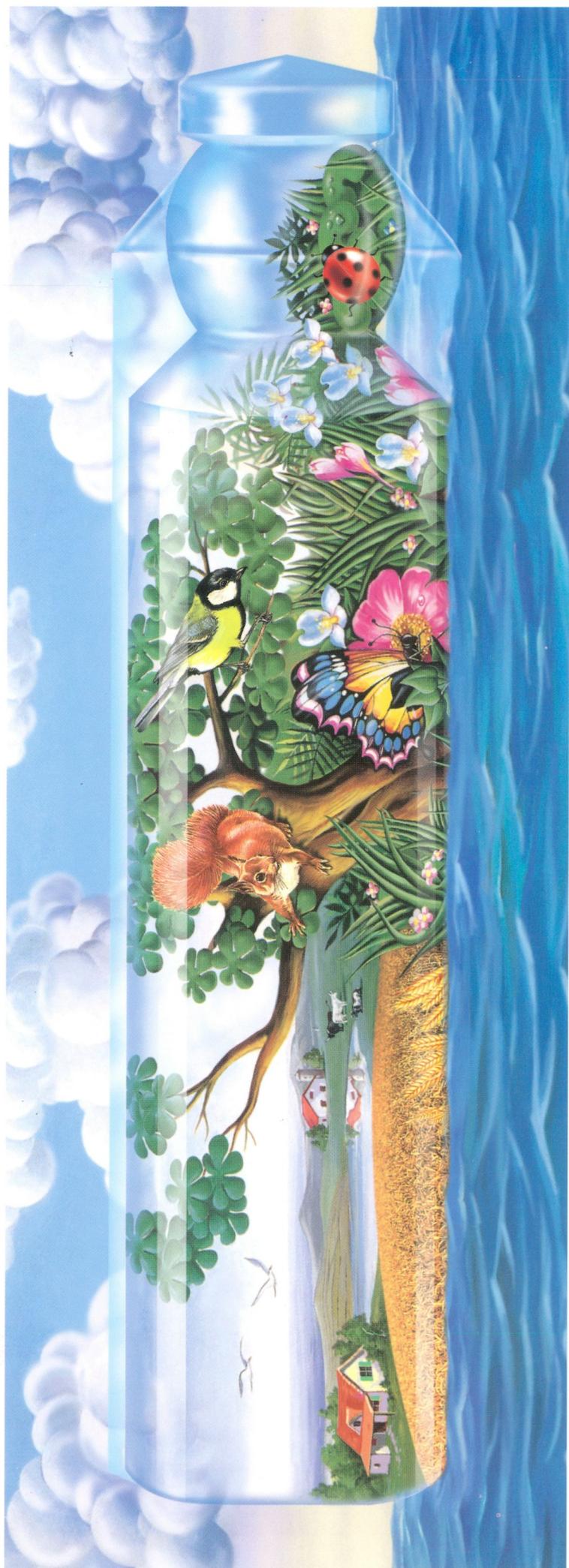


**Pari efficacia
in metà volume di sospensione**

per una migliore compliance

GlaxoWellcome

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTNEROGERMINA®

lo recupera e lo mantiene.


sanofi~synthelabo
otc