

1. Denominazione della specialità. Haliborange. **2. Composizione qualitativa/quantitativa in principi attivi ed eccipienti.** 100 ml contengono: Principi attivi: Olio di fegato di ipoglosso 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 arabica 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.

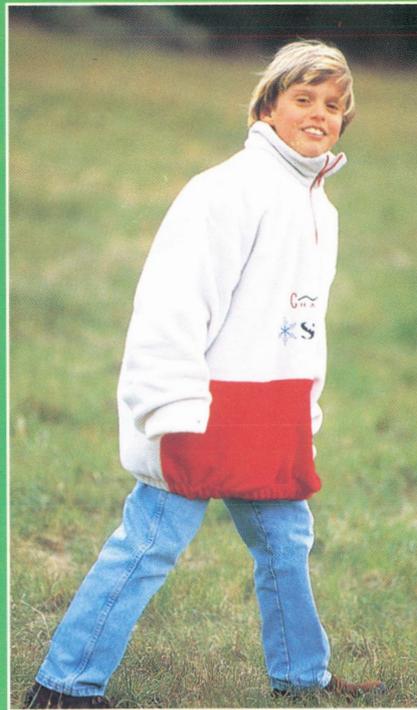
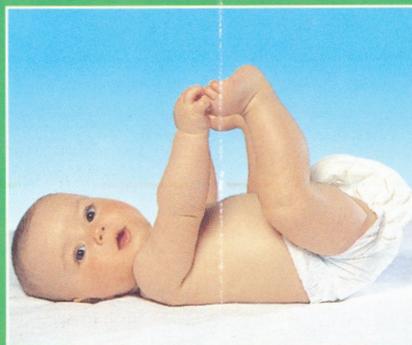
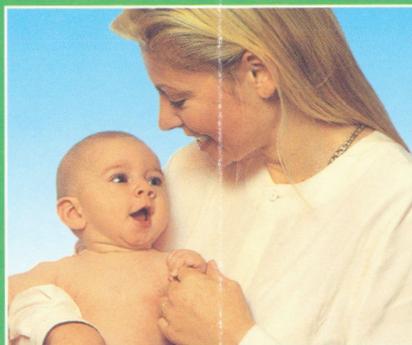
4. Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica. Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ipoglosso in funzione del suo contenuto di Retinolo (Vit A) e di Colecalciferolo (Vit D). L'assunzione delle due vitamine stimola il normale accrescimento corporeo 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 poppato) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti.

5.8 Sovradosaggio. Una intossicazione "acuta" da vitamina A si può avere nei bambini solo se si superano le 300.000 unità al giorno. L'ipervitaminosi D, che nel bambino si può verificare dopo assunzioni di 40.000 unità al giorno per 1-4 mesi, nell'adulto si può avere nella somministrazione cronica di 50.000 unità al giorno. Nel caso dell'Haliborange la possibilità di iperdosaggi è solo teorica in quanto anche se per errore il bambino ingerisse tutto il contenuto del flacone (69.000 U.I. di vitamina A e 11.000 U.I. di vitamina D), la quantità di vitamine sarebbe lontana dalle dosi pericolose. Anche ingestioni del contenuto di più flaconi di emulsione, a breve distanza di tempo, comporterebbero con difficoltà livelli tossici delle vitamine considerate. **5.9 Avvertenze.** Tener fuori dalla portata dei bambini. La vitamina D deve essere usata con cautela nei portatori di insufficienza renale, di arteriosclerosi, di malattie coronariche e negli anziani. Haliborange contiene Sodio metabisolfito; tale sostanza può provocare in soggetti sensibili e particolarmente negli asmatici reazioni di tipo allergico ed attacchi asmatici gravi. Dosi molto elevate di vitamina A negli animali sono teratogene e sono state associate in casi isolati a malformazioni nell'uomo. Quantitativi giornalieri di vitamina A più elevati di 10.000 U.I. vanno evitati in gravidanza (specie nei primi mesi) e si deve consultare il medico per i consigli circa la quantità totale di vitamina A assumibile attraverso le diverse fonti. **5.10 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchine.** Nessuno. **6. Informazioni farmaceutiche.** **6.1 Incompatibilità.** Non segnalate. **6.2 Durata di stabilità a 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:** per favorire la corretta crescita del bambino, attraverso il latte materno.
Posologia: non superare 2 compresse al dì o 1 cucchiaino di emulsione.

● **Haliborange nell'età della crescita del lattante e del bambino:** per l'irrobustimento delle ossa, una normale dentizione, la vista e il sistema immunitario.
Posologia: 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 ipoglosso con succo d'arancia.

Compresse:
25 compresse
Classe C
RR-ricetta medica



Sommario

Novembre - Dicembre 2000 volume VII, numero 6

Editoriale

- 6 I prossimi tre anni a partire da Vicenza
Nicola D'Andrea

Congressi controlloce

- 8 Perugia: un ricco convegno nell'anno 2000
8 Rodi: Pediatric Research and Adult Health

Ricerca

- 10 Scrivere un protocollo di ricerca collaborativa
Sergio Conti Nibali, Federico Marchetti

Letture

- 14 Harry Potter: enorme successo
della letteratura per l'infanzia
Anna Grazia Giulianelli

Libri

- 16 Earl A. Grollman, *Perché si muore?*
16 Rosario Brancato, Maurizio Pandolfi, *Miserie e grandezze
della medicina*
17 Paolo Landi, *Manuale per l'allevamento
del piccolo consumatore*
17 Enzo Striano, *Giornale di adolescenza*
17 Giuseppe Pontiggia, *Nati due volte*

Osservatorio internazionale

- 18 Comunità e salute infantile
Aidan Macfarlane

Organizzazione sanitaria

- 19 Accreditamento. Ancora sulle ISO 9000
Giancarlo Biasini

Film per ragazzi

- 20 Cinque bambini alla mostra del Cinema di Venezia
Italo Spada

Info

- 22 Il codice di Farindustria
22 Finanziaria: budget per i medici di famiglia
22 Veronesi proclama
22 Spese congressi
22 Medici e Antitrust
23 Pertosse c'è ma non si vede
23 Qualche conto su fumo e spesa sanitaria sociale
23 Povertà infantile: Italia terzultima!
23 Il "vigile di quartiere di Forlì"

World-Info

- 24 SVEZIA - Uno screening che fa cilecca
24 UK - Assicurazioni private cosa pensano i laburisti
24 UK - Lo xenotrapianto: parecchi dubbi
24 ISLANDA - Ostacoli sul database della salute
24 UK - Perdita di cervelli verso gli USA
25 USA - Le mani dell'industria sulla formazione dei medici
25 USA - I costi della tecnologia
25 FRANCIA - I grandi successi della medicina
25 UK E DANIMARCA - Eroi a rischio
25 GALLES - Deprivazione sociale e mortalità
25 UK E IRLANDA - MICI

Statistiche correnti

- 26 La struttura della popolazione
Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli
29 La mortalità infantile "per nati residenti" negli anni novanta
Dino Pedrotti

Organizzazione sanitaria

- 32 I conti della sanità del 1999
red.

ACP Nazionale

- 33 Documento comune dei pediatri italiani su QT e SIDS
ACP, FIMP, SIP

Lettere

- 34 Non sono un pediatra ma questa rivista mi aiuta
Carmela Anna Manzione
34 Una singolare esperienza
Eulalià Torres i Ribes
35 Norme ISO
Franco Romanelli
35 Malastampa
Lettera firmata

ACP News

- 36 Corso su "Maltrattamento e Abuso"
Maria Francesca Siracusano
36 Moncalieri: genitorialità nel primo anno
Maria Francesca Siracusano
36 Attività dei gruppi ACP 1999-2000
Maria Francesca Siracusano

Leggere e fare

- 38 L'otite e il linguaggio. Quali rapporti?
red.
39 Asma: effetti del montelukast
sulla riduzione della terapia steroidea
Sergio Conti Nibali
40 Presentazione podalica: meglio il cesareo
Giancarlo Biasini

Aggiornamento avanzato

- 42 Cellule staminali. *Lancet* nota un overexcitement
Paolo Paolucci

Bambini con bisogni speciali

- 45 Ci sono fattori di rischio per il bambino
ma anche fattori di protezione
Rita Semprini

Il caso che insegna

- 47 Un bambino con asma non controllata dai farmaci
Giovanni Nocerino, Luciano de Seta

Il punto su

- 49 Come organizzare un buon convegno "frontale"
Vitalia Murgia

Informazioni per genitori e pazienti

- 51 Per genitori dei bambini affetti da convulsioni febbrili
Antonella Brunelli

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

Leggere e raccontare storie ai propri figli piccoli è un metodo per rafforzare la relazione e rinsaldare i legami familiari. È un fatto evidente e intuitivo; ci sono però, anche alcuni dati sperimentali che lo comprovano. Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di avere maggiori risorse umane e sociali, maggiore "capitale sociale" (Pediatrics 1999;103 e 55). La lettura ad alta voce di libri per bambini molto piccoli correla con lo sviluppo precoce del linguaggio, sia percettivo che espressivo (J Speech Hear Res 1994;37:583).

È possibile promuovere attivamente la lettura ad alta voce: fornire libri ai genitori durante le visite del pediatra e ripetere il consiglio di leggere ad alta voce anche nelle visite successive (Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:459 Am J Dis Child 1991;145:881), è uno strumento per istituire e rafforzare questa consuetudine che si è rilevata efficace anche nelle famiglie svantaggiate. Le strategie possibili, attuabili in Italia e già sperimentate altrove, sono dunque:

- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;
- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le

Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

Per Informazioni:

csb.trieste@iol.it



nati
per
leggere

Associazione Italiana Biblioteche

Associazione Culturale Pediatri

Centro per la Salute del Bambino

Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Novembre - Dicembre 2000 volume VII, numero 6

Direttore
Giancarlo Biasini

Direttore responsabile
Franco Dessì

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

Lucio Piermarini
leggere e fare

Paolo Siani
organizzazione sanitaria

Francesca Siracusano
ACP news

Italo Spada
film per ragazzi

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

Grafica e impaginazione
Ignazio Bellomo

© Associazione
Culturale Pediatri

ACP edizioni No Profit
*Le norme redazionali
sono pubblicate nel primo
numero dell'anno*

In questo numero l'illustrazione di copertina è di Sophie Gyax tratta da "In principio era il prodotto" edito da Peliti Associati.



Le illustrazioni all'interno sono di Francesca Ghermandi tratte da "Telèma" edito da Fondazione Ugo Bordoni.

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 Montiferro 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>

I prossimi tre anni a partire da Vicenza

Nicola D'Andrea

Presidente ACP

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 6-7

Com'è tradizione pubblichiamo l'articolo con il quale il Presidente dell'ACP, eletto nell'ultimo congresso, delinea il programma per il triennio della sua carica. L'articolo di D'Andrea è volutamente breve perché - ci ha detto il Presidente - riprende aggiornandolo il suo programma pubblicato sullo scorso numero di Quaderni acp.

L'attività dell'ACP nei prossimi tre anni non può che partire da Vicenza.

Da tutto quello che ci siamo detti nei tre giorni del congresso, le "priorità" del fare e le "frontiere" del sapere sono stati i temi di Vicenza e devono guidare l'attività dell'Associazione.

Sul "fare", cioè sull'operatività dell'Associazione ci dovremo dare obiettivi e scadenze. Dovremo proporci di individuare per ogni progetto un coordinatore responsabile e verificare periodicamente (ogni sei mesi?) l'andamento dei lavori.

È fuori discussione che l'area prioritaria per l'Associazione è quella della formazione: dobbiamo riprendere le indicazioni delineate nel documento ACP sulla formazione permanente e dobbiamo continuare, al nostro interno, quella seria sperimentazione di quanto abbiamo proposto che è già cominciata. Per imparare facendo, per correggere le nostre iniziative in modo da renderle più aderenti ai propositi.

Bisognerà trovare delle "regole" per migliorare quello che è già buono e rivedere quel che succede nei congressi che, non sempre condivisi nei programmi, hanno pur l'egida dell'Associazione. L'obiettivo è stimolare, organizzare la pratica del confronto di gruppo, della supervisione, dello scambio, dei progetti comuni sia di ricerca, che di assistenza.

L'ACP, non avendo da difendere interessi consolidati, è in grado di fornire contributi di analisi e di proposte liberi da condizionamenti e improntati a considerazioni strettamente culturali.

Dopo quello della formazione viene poi il problema dell'organizzazione dei servizi.

Le Regioni e le Aziende locali dovranno essere i referenti per cercare di ottenere la

realizzazione di quanto è stato elaborato nel documento "Servizi sanitari per l'età evolutiva".

È il nostro vademecum per il necessario rinnovamento nella pediatria e più in generale nei servizi per l'infanzia.

In alcune parti del paese, come la Basilicata, il Piemonte, l'Umbria il nostro progetto ha avuto un'adeguata realizzazione. In altre aree, dove pure il Dipartimento Materno-Infantile è stato realizzato, il documento è ancora poco conosciuto e lo schema organizzativo è insoddisfacente. Bisognerà, quindi, rimettere a fuoco le finalità del Dipartimento Materno-Infantile; dopo l'incontro di Todì occorrerà fare di nuovo il punto della situazione e ripartire.

Sempre nell'ambito dell'organizzazione e nel terreno d'incontro fra ricerca e organizzazione, sono state elaborate delle ricerche su indicatori e bisogni, in Calabria, in Friuli Venezia Giulia ed in alcuni distretti della Campania. Queste ricerche possono essere molto utili ai fini dell'organizzazione dei servizi e dell'identificazione di *Bisogni ed Offerte* di salute. Esportiamole, rimodelliamole a livello locale e su queste costruiamo progetti, coordinando non solo l'insieme esistente nell'ambito sanitario, ma estendendo la collaborazione alle altre agenzie non sanitarie.

Per raggiungere tale obiettivo va rivista e rivitalizzata la regionalizzazione dei gruppi ACP: in poche situazioni regionali si è stati in grado di porsi e di essere accettati come interlocutori istituzionali.

Ogni tentativo di concertazione con le altre società che si occupano di infanzia (SIP, FIMP in primo luogo) è da perseguire in modo da dare alla pediatria italiana un tavolo credibile di espressione unitaria all'interno delle elaborazioni dei singoli gruppi. Proprio

in questi giorni il documento ACP sullo *screening* neonatale della sindrome del Q-T lungo, presentato a Vicenza e da inviare al Ministro della Sanità, è stato condiviso dai presidenti della SIP e della FIMP. Propongo un coordinamento stabile su tutti i problemi assistenziali prioritari, per rappresentare la pediatria italiana in modo unitario, sarà obiettivo dei prossimi tre anni.

Certo non sono esaurite con questo tutte le *priorità*.

E le *frontiere*? Le "conquisteremo", se metteremo in atto i propositi appena delineati.

L'aspetto positivo che si coglie sempre più, che riguarda tutti e che è da accrescere, è l'impegno a partecipare con entusiasmo alla vita dell'Associazione e ad immaginare con più idee e progettualità il suo futuro.

L'ACP continua a crescere, a cambiare. Chiede il contributo di tutti per crescere di più. ■

A Vicenza: "Frontiere e Priorità"

A Vicenza si è parlato di "Frontiere" del sapere e di "Priorità" del fare.

Argomenti la terapia intensiva neonatale, la riproduzione assistita, le malattie rare e comuni, la pediatria di famiglia, la formazione permanente. Quest'ultima è stata visibile in ogni angolo del congresso in tutte e tre le giornate, e pur se qualcuno ha tentato di metterne in dubbio il valore, alla fine si è concluso, direi unanimemente, di continuare a crederci e a sostenerla. Inoltre il suo primo alfiere, Salvo Fedele, ha dichiarato di non credere che la formazione abbia oggi raggiunto il massimo delle sue potenzialità e ha esortato con molto calore i presenti a tentare nuove strade. Sua infatti la proposta di sfruttare la magia della "Rete", con la creazione di un sito web mirato, anche, alle finalità formative dell'ACP.

Era atteso, ed è stato calorosamente applaudito, l'intervento di Perri Klass, medical director del programma americano Reach Out and Read. Perri ha portato l'autorità della sua esperienza di lavoro in 400 città americane in appoggio al nostro progetto "Nati Per Leggere". Particolarmente interessante e affascinante la sua presentazione sul come osservare il comportamento di un piccolo bambino di fronte ad un libro di sole figure e valutare, nel suo approccio al libro, lo stadio del suo sviluppo psicomotorio. Promessa reciproca fra ACP e Perri Klass che il rapporto instaurato continuerà.

Il presidente uscente, Giorgio Tamburlini, si è dichiarato complessivamente soddisfatto dell'attività svolta, ma non ha neanche mancato di lamentare, con discreta energia, una certa latitanza dei gruppi, specie alcuni, rispetto alla vita dell'Associazione, e a volte anche un'inaccettabile distanza dallo spirito "acipino" e dalle indicazioni del Comitato Direttivo. Insomma l'iscrizione all'ACP non può essere solo di facciata o di comodo. La sua ultima raccomandazione, raccolta poi anche dal nuovo presidente, Nicola D'Andrea, è stata quella di fare ogni sforzo per un riavvicinamento tra le varie forze della pediatria italiana, con l'unico, semplice obiettivo di fare qualcosa di utile per i bambini. L'ultima giornata, dedicata ai gruppi e alla ricerca, con platea al solito immeritabilmente decimata, è stata esaltata dalla presentazione di lavori veramente importanti (epidemiologia dell'allattamento al seno e check list per la diagnosi di celiachia) e dalla presentazione della ricerca multicentrica sull'otite. A parte il clima, meteorologico si intende, non possiamo che ritenerci soddisfatti. Soddisfatti del Congresso che meriterebbe di essere portato in giro per l'Italia, per ricordare a tutti noi di accendere sempre il cervello prima di mettere in moto lingua e penna. Soddisfatti dell'ACP, della quale il past-president alla fine del suo intervento ha detto, in un abusato inglese che traduciamo in un idioma più consono alla nostra tradizione: hic manebimus optime.

l. p.

Il consiglio direttivo dell'ACP dopo il congresso di Vicenza è così composto:

Presidente

Nicola D'Andrea
(SCADENZA NEL 2003)

Consiglieri

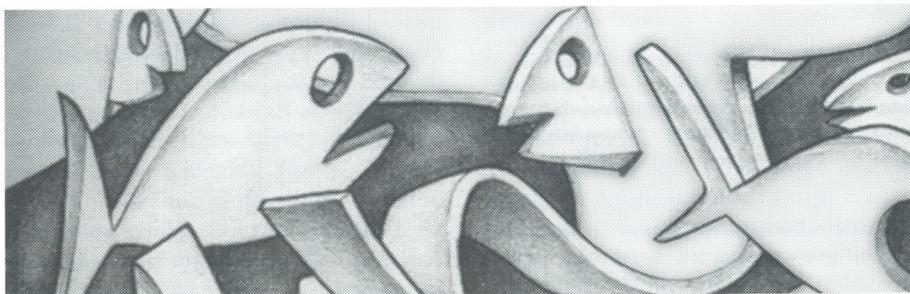
Lucia Castelli, Giuseppe Magazzù, Gherardo Rapisardi, Vincenzo Calia
(SCADENZA NEL 2002)

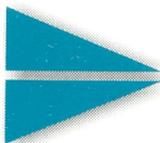
Antonella Stazzoni, Roberto Buzzetti, Corrado Rossetti, Sergio Conti Nibali
(SCADENZA NEL 2003)

Revisore

Arturo Alberti
(SCADENZA NEL 2002)

La prima dei non eletti è Stefania Manetti





RODI Pediatric Research and Adult Health

Il convegno annuale della Società Europea per la Ricerca Pediatrica (ESPR) è un tradizionale appuntamento per scambi informativi e stimoli culturali di qualità. Quello di quest'anno, svoltosi a Rodi dal 23 al 27 settembre, si è ulteriormente caratterizzato per l'originale impostazione del palinsesto. Il tema centrale del Convegno (Pediatric Research and Adult Health) è stato affrontato in quattro sessioni plenarie (Brain & Development: Perinatal corticosteroid administration, long term effects on the brain; Pediatric and Perinatal Epidemiology: Multiple pregnancies-Multiple implications; Haematology, oxygen transport and microcirculation: Abundance and secrets of placental blood; Nutrition and mineral metabolism) ed in tre simposi di rilevante attualità nella ricerca pediatrica (The making of the brain; Stress in early life; Revolution in genetics), con l'obiettivo di far convergere i contributi delle Società Pediatriche in varie sottospecialità: endocrinologia, neurologia, nefrologia, immuno-ematologia pediatrica e medicina perinatale. Con il contributo di 1.088 autori (139 italiani, 13%) i lavori congressuali si sono articolati nella presentazione di 34 lezioni (2 da parte di relatori italiani), 276 presentazioni orali (9 di ricerche italiane) e 228 poster (18 italiani). Dei 322 abstract presentati, 81 (25%) sono stati classificati come ricerche innovative condotte da giovani ricercatori (6 dei quali hanno ricevuto anche una menzione speciale): iniziativa da plaudire e segno incoraggiante per il futuro, non solo dell'ESPR. Undici i gruppi italiani che hanno presentato i loro lavori (quattro di Roma, due di Milano, uno di Lecco, uno di Padova, uno di Siena, uno di Torino, uno di Udine) ed in particolare i gruppi di Orzalesi del "Bambin Gesù" di Roma per quanto concerne gli aspetti clinico-epidemiologici in peri-neonatalogia con 9 lavori (dalla sepsi neonatale alla qualità delle cure) e di Agostoni del "San Paolo" di Milano con 5 lavori sul metabolismo e la nutrizione (dall'allattamento al seno al metabolismo dell'omocisteina nei bambini ipercolesterolemici). L'atmosfera che ha caratterizza-

to queste intense e proficue giornate è stata (come sottolineato anche da Albert Aynsley-Green dell'Hospital for Children and the Institute of Child Health di Londra, che ha inaugurato il Convegno) che la ricerca è lo strumento fondamentale per migliorare la qualità della vita e della salute dei bambini. Affinché questo si realizzi è necessario un approccio culturale, strategico e organizzativo che coinvolga tutti coloro che si prendono cura della salute dei bambini. Temi questi ben noti a tutti i soci ACP, che sarebbe bello vedere come promotori attivi anche a livello internazionale.

m. b.

PERUGIA Un ricco convegno nell'anno 2000

Si torna sempre da Perugia con qualcosa di buono che va oltre le singole nozioni professionali. La prima mattinata, "facoltativa" e aperta alla cittadinanza, ha affrontato il tema della sanità pubblica e privata: sono state sottolineate le debolezze dei sistemi, degli operatori e dei risultati; sono stati formulati progetti e proposte sulla retribuzione in base a salute e durata di vita anziché sulla malattia; proposte che, come spesso succede, non sono state udite, né tantomeno discusse, dai rappresentanti istituzionali che non sono comparsi in sala.

Il convegno pediatrico si è aperto con Calia che con fantasia ha descritto il mestiere del pediatra di famiglia, con prestazioni da "falegname, confessore, taxista" ed altro, che a tutt'oggi lo collocano più fra le arti che le professioni. Poi è proseguito con Longo che, a dispetto di un argomento banale come la tosse, è riuscito a mettere a fuoco il quadro clinico delle tossi secche ricorrenti (sindrome da ipersensibilità dei recettori della tosse), caratterizzate da accessi di tosse stizzosa, resistente ai farmaci e che addirittura peggiora dopo aerosol. I bambini affetti non sono asmatici, non hanno nessun rischio aggiuntivo di diventarlo, ma hanno semplicemente recettori "diversi", (non rispondono alla metacolina) che reagiscono con la tosse ad

insulti minimi, quali l'ostruzione nasale o la secchezza dell'aria. Il trattamento non è la risposta più importante da dare ai genitori, mentre è importante fare la diagnosi per rassicurarli sulla "non malattia" del bambino.

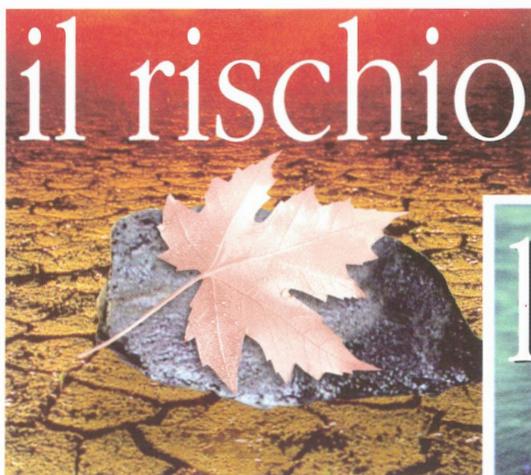
Ancora epatiti per Maggiore che, fra quelle di importazione, annovera la HAV proprio per la rarità della positività anticorpale nei bambini italiani; da ricordare l'efficacia (80%) del vaccino nei contagi, da eseguire entro sette giorni, sempre preferibile rispetto alla somministrazione di gamma globuline, non scevre da rischio di contaminazione. Per l'esame delle urine Peratoner ha ribadito la inutilità della raccolta col sacchetto, l'utilità della minzione "al volo", di solito entro 10' dalla poppata: raccolta migliore e con minor fatica. Notevole interesse ha suscitato la proposta di ricerca fatta da Pennesi sulla astensione della profilassi antibiotica in presenza di RVU per valutarne in modo corretto e definitivo la efficacia o la inutilità. Greco ha ribadito l'importanza del consumo di olio e di pesce (tre/quattro volte la settimana) nella dieta dei bambini ma anche di adulti, gravide, nutrici, studenti, padri e nonni; Messineo ha presentato (senza raccomandarlo) l'attuale indirizzo statunitense di trattare con antibiotici e idratazione per vena le appendiciti acute al fine di evitare l'intervento di appendicectomia (per conseguente atrofia dell'organo) o di poterlo eseguire "a freddo", qualora non intervenga occlusione intestinale. Mayer ha confrontato la crescita ponderale fra gli allattati al seno e i non (la crescita ponderale è maggiore nei primi tre mesi, poi si riduce fino ai tre anni rispetto agli allattati con latte formulato: prevenzione dell'obesità), ed ha presentato i nuovi grafici dell'Euro Growth.

Biasini ha presentato alcuni aspetti della formazione con particolare approfondimento del *Journal Club* ripreso anche, insieme a Fedele, in un partecipato gruppo di studio con esercitazione "dal vivo". Piacevole la rivisitazione di Tommasini sui rapporti fra genetica e ambiente attraverso il gioco (pensiero non lineare che produce idee) e, come ogni anno, finale ai fuochi d'artificio con la rubrica "Novità in pediatria" condotta da Panizon, che dalla A di asma alla P di prevenzione ha attraversato il più attuale panorama scientifico passando attraverso ipotalamo, intestino, linfociti, fino alle disuguaglianze e all'ecologia, all'ambiente, al mondo e al modo in cui viviamo, allargando gli orizzonti alla Scienza e all'Uomo. Ci sembra proprio un ricco raccolto. Come sempre, arrivederci all'anno prossimo.

a. b.

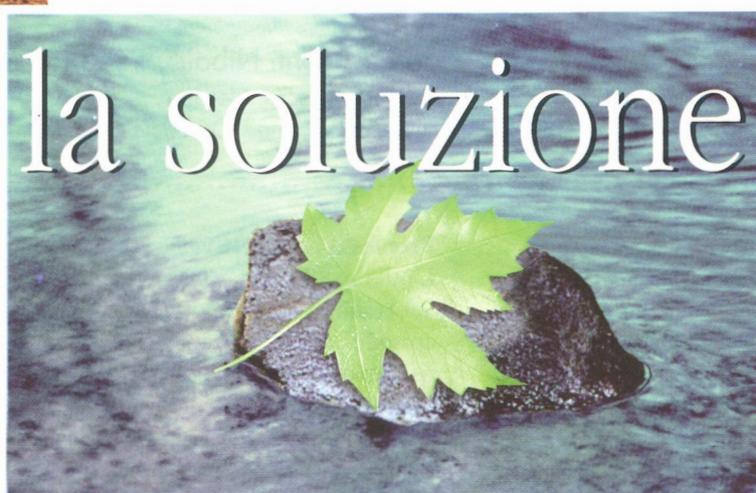
INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

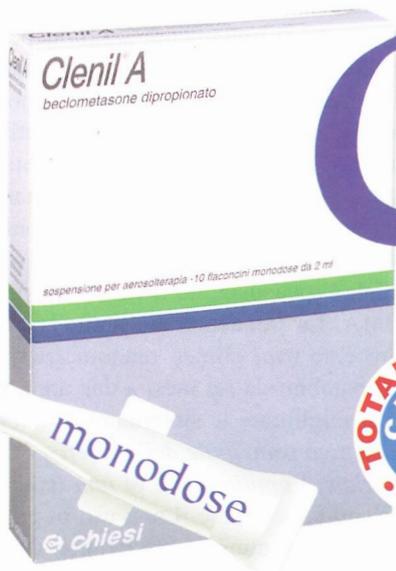
la soluzione



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



Ricerca

Il caso dell'otite media

Scrivere un protocollo di ricerca collaborativa

Sergio Conti Nibali*, Federico Marchetti**

*Pediatria di base, Messina

**U.O. di Pediatria - Ospedale civile, Matera

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 10-12

L'arruolamento dei pediatri per lo studio sull'applicabilità di linee guida in pediatria ambulatoriale nell'otite media è terminato.

Pubblichiamo comunque il protocollo di ricerca come esempio di "come si scrive un protocollo d'indagine" per richiedere collaborazioni.

Premessa ed obiettivi

L'otite media acuta (OMA) rappresenta una delle patologie più comuni ed ogni anno il 30% dei bambini al di sotto dei tre anni ed il 65%-93% entro i sette anni è visitato per almeno un episodio di OMA. Nella maggioranza dei casi la patologia ha una durata molto breve, con risoluzione spontanea del dolore e/o degli altri sintomi in 48-72 ore. In Italia (ed in quasi tutti i paesi "ricchi") i medici trattano un bambino con OMA con un antibiotico. Questa pratica, comune a quasi tutti i paesi (anche se con molte differenze rispetto al tipo ed alla durata della terapia antibiotica) è stata recentemente messa in discussione, sull'esempio di quanto viene fatto da anni dai medici olandesi. Per rispondere al quesito sull'opportunità di utilizzare in prima istanza l'antibiotico in letteratura sono state pubblicate quattro revisioni sistematiche degli studi clinici controllati. I risultati evidenziano che il trattamento antibiotico, rispetto al non trattamento, ha un beneficio assai modesto sulla remissione dei sintomi iniziali e nessun vantaggio su alcuni esiti a distanza (*tab. 1*). In entrambi i gruppi il 60% dei bambini non ha più otalgia dopo 24 ore dall'inizio della sintomatologia. Tra il secondo ed il settimo giorno (periodo in cui solo il 14% dei bambini trattati con placebo presenta ancora otalgia), una minore percentuale di casi trattati con l'antibiotico ha dolore rispetto ai non trattati. Per prevenire un caso di otalgia bisogna però utilizzare l'antibiotico in diciannove bambini dei quali diciotto non hanno alcun beneficio. La terapia antibiotica sembra ridurre la frequenza di OMA controlaterale, ma non modifica la durata dell'ipoacusia, né il rischio di perforazione della membrana timpanica e la ricorrenza di OMA. La frequenza di vomito, diarrea e rash cutanei è raddoppiata nei pazienti trattati. Un recente *trial* clinico randomizzato (RCT) ha valutato gli effetti del trattamento antibiotico nei bambini da sei mesi a due anni, mostrando un modesto beneficio della terapia antibiotica: per migliorare la sintomatologia dopo quattro giorni in un bambino, bisogna trattarne otto. *L'obiettivo principale della ricerca è di verificare, in un contesto "reale" di pediatria ambulatoriale, l'applicabilità di una linea guida che mira ad un approccio più razionale all'uso dell'antibiotico, cioè il non uso in prima istanza dell'antibiotico, fatta eccezione per particolari condizioni cliniche predefinite. Ciò dovrebbe consentire di quantificare non solo la frequenza attesa dei successi ed insuccessi clinici, ma anche quante volte l'eventuale fallimento della strategia terapeutica è dovuto ad ostacoli a priori, che possono avere a che fare con contesti assistenziali e culturali (per esempio l'atteso rifiuto dei genitori). Gli obiettivi quindi sono:*

- verificare l'applicabilità nell'ambulatorio del pediatra di base di una proposta terapeutica che non preveda, se non in casi selezionati, l'uso dell'antibiotico;
- verificare la fattibilità di studi di applicabilità di linee guida nella pediatria ambulatoriale.

Piano generale dello studio

Si tratta di uno studio multicentrico che prevede l'applicazione di un protocollo di comportamento terapeutico per la popolazione in esame sia per verificarne la fattibilità in ambulatorio

Per corrispondenza:
Centro per la Salute del Bambino
E-mail: csb.trieste@iol.it

che per confermarne l'efficacia clinica. Chi aderisce alla ricerca dovrà includere nello studio tutti i bambini con OMA di età compresa tra il 6° mese compiuto e i 14 anni (13 anni + 364 giorni) che, durante un periodo predefinito di osservazione (dal 1 febbraio al 30 marzo 2001) si presentano al pediatra entro 24-36 ore dall'inizio della sintomatologia.

Il reclutamento è al massimo di dodici casi per pediatra arruolati in maniera consecutiva. L'OMA è definita dalla contemporanea presenza di:

- a) sintomi clinici: *febbre* (>38°C rettale o >37,5°C cutanea) e/o *otalgia* e/o *irritabilità*;
- b) quadro otoscopico suggestivo di una forma acuta di OMA (*arrossamento marcato* e/o *estroflessione* e/o *opacità* e/o *perforazione della membrana timpanica*).

In presenza di un'iperemia lieve o di un'iperemia di un solo quadrante della membrana timpanica (MT), specie se associata ad una sintomatologia clinica d'infezione delle alte vie respiratorie, il paziente non va incluso nello studio, se non dopo un controllo a distanza di 2-3 giorni che confermi la diagnosi di OMA.

Non possono essere ammessi allo studio i bambini con:

- terapia antibiotica in corso;
- patologia concomitante rilevante in atto (asma, bronchite, broncopolmonite);
- sindrome di *Down*, fibrosi cistica, immunodeficienza, malformazioni cranio-facciali;
- MT non valutabile.

Scelta del trattamento

Non trattare in prima istanza con antibiotico

I bambini riceveranno un trattamento esclusivamente "sintomatico" (15 mg/kg/dose di paracetamolo al bisogno, con una distanza minima di 5-6 ore dalla precedente somministrazione

e lavaggi nasali con soluzione fisiologica). Dopo 48-72 ore dall'inizio della sintomatologia saranno ricontattati dal pediatra (telefonicamente o in visita) che deciderà se:

- proseguire o sospendere la terapia "sintomatica" in presenza di miglioramento (o guarigione);
- iniziare terapia con amoxicillina (75-90 mg/kg/die in 2-3 dosi per non meno di cinque giorni) in assenza di miglioramento o guarigione dei sintomi clinici.

Trattare in prima istanza con antibiotico.

I bambini di età <1 anno (tra 6 e 12 mesi), quelli con storia di OMAR (3 o più OMA in sei mesi oppure 4 o più OMA in dodici mesi) e quelli con otorrea, insieme al trattamento "sintomatico", riceveranno subito anche il trattamento con amoxicillina (75-90 mg/kg/die in 2-3 dosi per non meno di 5 giorni) e saranno seguiti come i bambini di cui al punto precedente.

Misure di esito

Saranno "misurati":

- la proporzione di bambini che hanno le condizioni per il non trattamento antibiotico e che effettivamente non vengono trattati in prima istanza;
- la proporzione di bambini trattati in prima istanza con l'antibiotico e le motivazioni per il trattamento;
- la proporzione di bambini trattati in seconda istanza con l'antibiotico per:
 - a) persistenza della sintomatologia (otalgia, febbre) dopo 48-72 ore;
 - b) insorgenza di complicanze acute (ad es. mastoidite);
 - c) ricaduta (ricorrenza dei sintomi entro 10 giorni);
 - d) recidiva (ricorrenza dei sintomi tra l'11° e il 30° giorno).

Sulla base delle informazioni raccolte nella scheda anamnestica è prevista una valutazione più specificamente epidemiologica sulla definizione dei fattori di rischio associati alla mancata guarigione clinica (secondo un disegno di tipo caso-controllo).

Tabella 1. Stima del beneficio del trattamento antibiotico verso il non trattamento (o il trattamento con il placebo) sulla base dei risultati degli RCT

Esiti considerati	Frequenza nei non trattati	RAR	NNT
Persistenza di otalgia a 24 ore (3 RCT)	40	-0,3	333
Persistenza di otalgia a 2-7 gg (6 RCT)	14	-5,2*	19
Persistenza sintom. locale e sistemica a 7-14 gg (4 RCT)	19	-13,7*	7
OMA controlaterale (3 RCT)	17	-5,9*	17
Perforazione del timpano (2 RCT)	7	-3,4	29
Sordità a 3 mesi (2 RCT)	26	-5,3	19
OMA ricorrente (5 RCT)	22	-0,1	1000

*Statisticamente significativo

RAR= Riduzione significativa del rischio. Si ricava dalla differenza tra la frequenza dell'evento tra i pazienti trattati con l'antibiotico e quelli non trattati. Il segno meno indica un beneficio.

NNT= Numero di pazienti da trattare con l'antibiotico per ottenere un successo in più.

N.B. Nel gruppo trattato con antibiotico il rischio di vomito-diarrea-rash è del 16% vs 11% dei non trattati (Incremento Assoluto del Rischio del 5%)

Modalità operative

Per ogni paziente verrà compilato da parte del pediatra un profilo di base riguardante le caratteristiche cliniche, la terapia ed il *follow-up* valutato dopo 48-72 ore dall'inizio dei sintomi e dopo 30 giorni. È compito del pediatra contattare telefonicamente tutti i genitori dei bambini che non dovessero presentarsi alle visite di controllo previste; infatti, è essenziale riuscire a garantire un follow-up regolare di tutti i pazienti. Una volta compilate le schede dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa, conservandone sempre una copia per eventuali verifiche o chiarimenti. Il coordinatore locale dei gruppi verificherà le modalità e i tempi di invio delle schede da parte dei singoli partecipanti. L'invio delle schede potrà avvenire anche via internet attraverso un apposito sito creato ad hoc per la ricerca. L'elaborazione delle schede avverrà tramite Epi-Info.

Dimensione del campione

Si prevede la partecipazione di 150 pediatri appartenenti a 14 gruppi locali ACP, con il reclutamento di circa 1.400 casi di OMA.

Evoluzione della ricerca

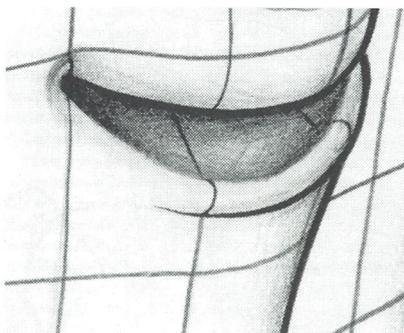
Tutti i partecipanti allo studio riceveranno al termine dello studio un rapporto finale dei risultati, che rappresenterà l'oggetto di discussione di incontri formali. I risultati saranno oggetto di pubblicazione a nome di tutto il gruppo.

Comitato scientifico

Il Comitato Scientifico è garante della correttezza della gestione dello studio, sia per gli aspetti scientifici che di conduzione della ricerca. Ne fanno parte: Maurizio Bonati (epidemiologo, "Istituto Mario Negri", Milano), Pierpaolo Mastroiaco (pediatra, "Policlinico Gemelli di Roma"), Franco Raimo (pediatra, Verona), Giorgio Tamburlini (pediatra, "Ospedale Burlo Garofolo" di Trieste).

Segreteria scientifica e organizzativa:

Centro per la Salute del Bambino (via dei Burlo 1, 34123 Trieste; Tel. 0403220447 Fax 0403224842, ne fanno parte anche Federico Marchetti (pediatra, "Ospedale di Matera") e Sergio Conti Nibali (pediatra, Messina). ■



QT e morte improvvisa

A proposito di un documento

Il 2 dicembre, una riunione di Società Scientifiche, cui ha partecipato anche l'ACP, ha affrontato il problema del proposto "screening" della morte improvvisa con la ricerca del QT lungo. Dopo la riunione è stato elaborato un documento che afferma che "si ritiene in linea generale un ECG in epoca neonatale (15-30 giorni) possa contribuire all'identificazione precoce di soggetti a rischio di morbidità e mortalità cardiovascolare in età pediatrica con particolare riferimento a quelle patologie per le quali esistono terapie che migliorano la prognosi. A questo fine si ritiene che un programma propedeutico e di fattibilità logistica su una frazione della popolazione infantile (almeno 25.000 in 6 mesi) possa costituire la premessa razionale di una valutazione più estesa". Il documento definisce alcune linee cosiddette generali, ma in verità assai dettagliate, di questa valutazione. Il programma inizierebbe nella primavera del 2001. Nell'estate del 2003 si effettuerebbe una analisi del lavoro svolto; in caso di rilievi positivi dal gennaio 2004 si arriverebbe alla implementazione del programma su tutto il territorio nazionale. Il documento prevede anche che "alla dimissione di ogni neonato, dovrà essere distribuito alle madri un foglio contenente le informazioni riguardanti sia i comportamenti per ridurre il rischio di SIDS (evitare: la posizione prona, il fumo passivo, la temperatura eccessiva) che la disponibilità di un servizio di prevenzione cardiovascolare consistente nell'esecuzione di un ECG tra la 15^a e 25^a giornata di vita. Una volta eseguito l'ECG, questo sarà letto da un cardiologo referente" per evitare responsabilità medico legali al pediatra. In caso di anomalie il cardiologo, il neonatologo e il pediatra curante potranno discutere la situazione specifica. Il documento continua dicendo che "se l'anormalità identificata rientra nelle patologie più comuni, si procederà secondo gli standard terapeutici. Se l'anomalia identificata è al di fuori di queste, con particolare riferimento alla presenza di intervallo QT prolungato o altre anomalie associate a rischio aritmico, si potrà procedere secondo delle linee guida che saranno fornite ad ogni neonatologia". L'ACP, nella riunione del 2 dicembre, ha fatto presente di apprezzare particolarmente il fatto che sia stato messo un punto fermo: si abbandona l'idea di uno screening di massa e si prevede uno studio di valutazione di fattibilità e di efficacia. Di questo però devono essere chiari compiti e limiti, mentre il documento fa una certa confusione circa gli obiettivi dello studio che sembra riguardare più la identificazione delle cardiopatie congenite diagnosticabili per via elettrocardiografica che la prevenzione della SIDS. Si parla infatti, in maniera un po' equivoca, di "identificazione precoce di soggetti a rischio di morbidità e mortalità cardiovascolare in età pediatrica". Nella riunione si è sottolineato che andrebbe detto con maggiore chiarezza che un intervento di sanità pubblica che abbia come obiettivo la prevenzione della SIDS non può partire dalla ricerca del QT lungo, ma da tutti quegli interventi che hanno dimostrato, ad abundantiam, di essere efficaci. Come non può passare sotto silenzio che, in un progetto di intervento sulla SIDS, le metodiche di prevenzione che si sono dimostrate efficaci non devono essere equiparate alla indagine sulla ricerca del QT lungo e messe, nel testo, fra parentesi. Non è stata data, poi, sufficiente importanza al fatto che, anche nel momento della ricerca, si determinerà un impatto estremamente importante sulle strutture assistenziali e sulle famiglie delle quali va misurato il costo psicologico delle diagnosi falsamente positive o dalle terapie inutili che rischiano di aumentare proprio dopo la fase "sperimentale". Per tutte queste questioni si sente nel documento la mancanza di un respiro di tipo epidemiologico e di sanità pubblica, per cui riteniamo di riconoscerci ancora pienamente nel documento ACP, FIMP, SIP pubblicato a p. 33.

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. Benché CLENIL-A Monodose sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL-A Monodose richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL-A Monodose va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL-A Monodose a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL-A Monodose non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo e nella prima infanzia CLENIL-A Monodose deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata 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, cortisone dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametazone alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetoneide e 1,39 volte più attivo del betametazone valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di corno, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL-A è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL-A è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Proprietà tossicologiche** **Tossicità acuta:** DL50 (topo per os) > 4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) > 4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. **Tossicità cronica:** ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. **Tossicità genetica:** la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearyllico, Polisorbato 20, Sorbitan monolaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a 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 spasmolitico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** **Tossicità acuta** - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). **Tossicità cronica** - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. **Attività teratogena** - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. **Attività mutagena** - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. **Influenza sui vari organi ed apparati** - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 10.000. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

 **chiesi** GROUP

Harry Potter: enorme successo della letteratura per l'infanzia

Anna Grazia Giulianelli

Curatrice del Premio "Verghereto: cento ragazzi che leggono"

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 14-15

Quando è uscito il quarto libro delle avventure di Harry Potter (tiratura dell'edizione inglese 1.500.000 copie e di quella americana 4.000.000 di copie!) a mezzanotte migliaia di bambini e genitori erano in fila a Londra (che con New York è capitale della Pottermania) per procurarsi il libro. Delle tre precedenti puntate di Harry sono stati venduti nel mondo 35.000.000 di copie. Della quarta puntata sono state prenotate on line, prima che uscisse, 400.000 copie. Si tratta del maggior successo assoluto mondiale di un libro per ragazzi che ha vinto il "British Book Award 2000". Ci è sembrato che i pediatri dovessero conoscere le basi del successo di questo libro ed abbiamo chiesto ad Anna Grazia Giulianelli, esperta di letteratura per l'infanzia, di regalarci qualcosa di più di una recensione. Anche perché la storia di Harry è cominciata da un "Nati per Leggere".

Joanne K. Rowling è di gran lunga la mamma più creativa: a forza di raccontare storie alla figlia di pochi anni per alleggerire una difficile situazione familiare (le cronache raccontano che la scrittrice, disoccupata, separata e con prole, abbia trovato nelle storie che andava inventando e nella scrittura una valvola di sfogo che le ha anche permesso di risolvere i suoi problemi quotidiani), è diventata la scrittrice per ragazzi più famosa del mondo grazie ad Harry Potter, un giovane mago protagonista dei suoi libri. In Italia, editi dalla Salani, sono usciti a tutt'oggi tre titoli: "Harry Potter e la pietra filosofale", "Harry Potter e la camera dei segreti", "Harry Potter e il prigioniero di Azkaban". Il costo di ogni volume è di Lit. 26.000, il numero delle pagine è passato dalle 293 del primo alle 366 del terzo: se va avanti così raggiungerà Stephen King e i suoi volumi da 800/900 e più pagine! Come nella migliore tradizione della letteratura inglese per l'infanzia, Harry è un giovane orfano cresciuto da zii dispotici che non gli nascondono d'essere solo di peso, mentre coccolano il loro unico figliolo, "naturalmente" obeso e super viziato, Dudley Dursley (e già il nome è tutto un programma). Quello che rende completamente isterica la famiglia Dursley è il fatto che Harry sia capace di magia: è figlio della sorella di Petunia, la madre di Dudley, grande maga e moglie di un mago, entrambi morti in una lotta terribile contro Voldemort, signore del male e dell'oscurità. Harry, scampato piccolissimo all'attacco del "cattivo" grazie all'amore materno, ha sulla fronte una cicatrice a forma di fulmine quale segno della vittoria sul male, ma ignora fino al decimo compleanno sia la sua storia sia i suoi poteri: gli zii preferiscono raccontargli che la cicatrice se l'è fatta nell'incidente in cui i suoi genitori hanno perso la vita. Solo dai 10 anni infatti i giovani maghi hanno l'obbligo di frequentare Hogwarts, una speciale scuola di magia che insegna loro ad utilizzare al meglio le capacità

di cui sono naturalmente dotati. Se il primo volume introduce alla storia di Harry e al suo primo anno scolastico a Hogwarts, gli altri due continuano a raccontarci come Harry se la cavi tra lezioni e avventure nel secondo e terzo anno di scuola. La lettura non è necessariamente cronologica, il secondo e il terzo libro però arricchiscono, con particolari nuovi e nuove interpretazioni dei fatti già noti, la vita e la storia di Potter e dei suoi genitori in un intrico complesso di trame e doppi giochi. Ma l'invenzione più interessante sta nell'aver ipotizzato due mondi paralleli, quello dei maghi e quello dei "babbani", cioè noi e il nostro mondo, visti da un popolo che vive con e dentro la magia. E se nemmeno la magia sconfigge la morte, la fatica e il dolore, essa ci conforta con le sue invenzioni e ci introduce in un mondo affascinante anche per adulti pragmatici e materialisti.

Così incontriamo un gioco degli scacchi "partecipato" nel primo volume, un platano picchiatore nel secondo, una "strillettera" nel secondo e nel terzo volume e, ancora, la mamma di Ron (che con Harry ed Hermione forma il terzetto di amici protagonisti di tutte le storie) che fa i lavori domestici e cucina con la bacchetta magica (invidiabile quanto Mary Poppins), il padre di Ron che, attratto dalle invenzioni degli umani, trasforma una normale utilitaria in una macchina volante, uno specchio dove puoi vedere ciò che desideri più di ogni altra cosa e un altro specchio che invece ti dice di metterti in ordine con toni piuttosto coloriti. Alla fine del terzo volume non è ancora chiaro perché e come nascano i maghi, né come possano nascere da "babbani", ma per queste domande ci saranno sicuramente nuove puntate. È chiaro invece che la divisione della scuola per gruppi di appartenenza, oltre che per classi di età, riconduce alla contrapposizione e alla lotta tra il bene e il male: d'altra parte tutto il fiabesco comprende maghi, fate, streghe e stregoni,

Per corrispondenza:
Anna Grazia Giulianelli
E-mail: annagrog@fin.it

uomini buoni e uomini malvagi, donne buone e donne malvage. Certamente l'autrice ha pescato a piene mani dalla letteratura per l'infanzia e sembra divertirsi a creare personaggi e situazioni adeguati ad un mondo magico così simile e contemporaneamente così diverso dal nostro, ma alla fine sono i sentimenti a diventare i protagonisti, dall'amor filiale all'amicizia, dall'odio all'invidia, dalla lealtà al coraggio, come nella migliore tradizione appunto!

Il successo di Harry Potter fa pensare al bisogno di magia e di mistero che tutti oggi abbiamo, grandi e piccoli: i media ci rimandano l'immagine di un mondo dove tutto è così normale da poter affiancare (nei nostri telegiornali per esempio) la tragedia di un popolo ai dissapori tra le coppie vip e l'ennesimo atto di cronaca nera alle vacanze di qualche altro vip, in una realtà dove successo e ricchezza appaiono come dovuti, mentre fatica, dolore e morte sembrano accidenti lontani e virtuali.

Rispetto ad altre collane di successo ma di bassa qualità, Harry Potter mantiene uno stile gradevole e divertente, sicuramente merito anche di buone traduttrici, Marina Astrologo per i primi due volumi e Beatrice Masini per l'ultimo.

Il protagonista ha le carte in regola per diventare un personaggio per tutte le età: ogni volume ha il ritmo sostenuto del romanzo d'avventura e il linguaggio semplice ed efficace della fiaba.

Ci sono persino qua e là, ben collocate, pillole di saggezza "... ah la musica ... una magia che supera tutte quelle che noi facciamo qui ..." (qui sta per la scuola di magia). Per i genitori di oggi, spesso compressi dal tempo del lavoro e degli impegni, leggere ai propri figli Harry Potter può significare non solo stabilire un circolo magico nel quale ritrovarsi, come sempre accade con la lettura ad alta voce, ma anche godere insieme momenti preziosi di divertimento che possono diventare un appuntamento veramente alternativo alla tv. Il grande successo di pubblico che la storia del piccolo mago sta ottenendo rallegra chi, come me, lavora da anni alla promozione della lettura: il piacere dell'incontro con un libro e con una storia che ti prende e ti travolge rappresenta una fra le più antiche e semplici modalità di incontro con sé stessi. ■

USA - Il medico che accetta regali

Pubblichiamo il parere espresso dalla commissione etica e legale dell'Associazione dei medici americani (AMA), sui regali e omaggi elargiti ai medici dalle industrie. Il testo, che è stato incluso nel codice etico per la professione medica il 3 dicembre 1999, è stato pubblicato nel Bollettino d'Informazione sui farmaci del ministero della Sanità, n° 1, 2000.

Le seguenti linee guida hanno lo scopo di fornire gli indirizzi al medico per un comportamento atto ad evitare l'accettazione di omaggi impropri:

1. Ogni omaggio ricevuto personalmente da un medico dovrebbe implicare un beneficio diretto per il paziente ed essere di modesto valore.

Pertanto libri di testo, semplici rinfreschi e altri omaggi sono appropriati se svolgono un'effettiva funzione scientifica.

Non dovrebbero essere accettati pagamenti di denaro.

2. Omaggi di valore minimo possono essere accettati, purché siano legati all'attività professionale (penne, fogli per appunti).

3. I finanziamenti che hanno lo scopo di coprire le spese per la partecipazione a congressi o aggiornamenti professionali possono contribuire al miglioramento della cura del paziente e sono pertanto consentiti; dal momento che il finanziamento diretto ai singoli medici da parte di un informatore scientifico può creare un legame che potrebbe condizionare il medico nella prescrizione dei prodotti di quella industria, un eventuale finanziamento dovrebbe essere accettato dall'organizzazione del congresso, che può usarlo per ridurre il costo di iscrizione. I medici che partecipano a un congresso non dovrebbero accettare dalle industrie contributi diretti per sostenere le spese.

4. I finanziamenti delle industrie non dovrebbero essere accettati direttamente o indirettamente per pagare le spese di viaggio, di alloggio o altre spese personali di medici che partecipano a conferenze o congressi, né potrebbero essere accettati finanziamenti come compenso per le ore dedicate all'aggiornamento.

Non dovrebbero essere accettati finanziamenti per il soggiorno, a esclusione di semplici pasti o di eventi sociali organizzati da parte del congresso.

È consentito ai relatori accettare un compenso ragionevole e il rimborso di ragionevoli, spese di viaggio, di alloggio e di vitto.

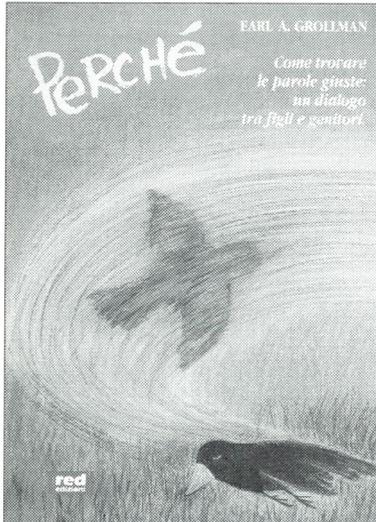
È anche consentito ai consulenti che forniscono un effettivo contributo ricevere un ragionevole compenso e accettare il rimborso delle spese. Consulenze fittizie o pareri consultivi non possono giustificare un compenso delle ore di lavoro impiegate o il rimborso delle spese di viaggio, alloggio o di altre spese vive.

5. È permesso destinare fondi per consentire a giovani medici o specializzandi di partecipare a conferenze di formazione professionale attentamente selezionate, soltanto nel caso in cui i candidati vengano scelti dalle autorità accademiche o dalle scuole di specializzazione.

6. Non potrebbe essere accettato alcun omaggio se condizionato da clausole. Quando le industrie finanziano conferenze o congressi non organizzati in proprio, la selezione e la responsabilità per la scelta dei contenuti dei relatori, dei metodi didattici e del materiale dovrebbe ricadere sugli organizzatori.

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Come spiegare a un bambino con parole semplici la morte di una persona cara? Come affrontare insieme il dolore per la perdita e confortare il senso di solitudine? Questo libro accompagna il lettore adulto nel difficile compito di parlare al bambino con onestà e precisione della morte, senza nascondere i propri sentimenti, ma cercando proprio attraverso questi di essere ancora più vicino alla sua sensibilità. Nella prima parte del libro l'autore affronta il significato della morte con un racconto illustrato da leggere insieme al bambino o da far leggere al bambino: una storia toccante, scritta in un linguaggio semplice e diretto, stampata a grandi caratteri. La seconda parte si rivolge all'adulto per aiutarlo a trovare il modo giusto per rispondere, con franchezza e attenzione, a tutte le domande che via via emergono durante la lettura del racconto. Qui l'autore si occupa anche delle reazioni più comuni al lutto (come il senso di colpa o il rifiuto della realtà), e del modo più corretto per affrontare situazioni particolari: la morte di un genitore, di un fratello, di un amico, di un animale domestico (Dalla collana *Piccoli e grandi manuali*).

Giancarlo Cerasoli

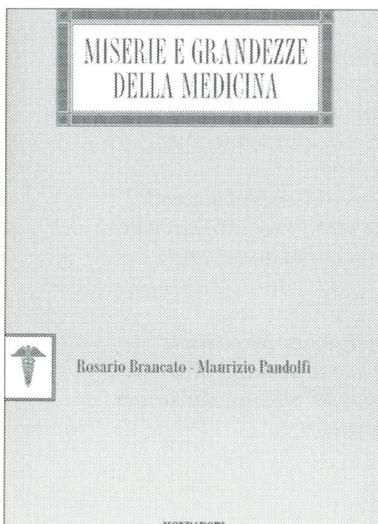
Earl A. Grollman *Perché si muore?* RED Edizioni, 1999, pp. 96, Lit. 16.000

Gli autori descrivono in maniera semplice e chiara la genesi di alcune delle più importanti scoperte della medicina scientifica. La vocazione divulgativa li ha indotti troppo spesso a rimanere nell'angusto recinto dell'aneddotica, ma il libro è interessante perché rappresenta un utile esercizio di memoria. Nel ricordare la nascita di teorie e prassi mediche, efficaci o inefficaci che fossero, hanno sottolineato gli errori e le illusioni della medicina non scientifica, sia di quella dei ciarlatani che degli economisti-aziendalisti o dei pretori d'assalto. Tra le tante considerazioni contenute nel libro ne ricordo una, tra le più condivisibili: in questo secolo, così poco propenso ai lumi della ragione, un antidoto all'equivoco di una medicina capace di liberare tutti dal male può essere un miglioramento del livello delle conoscenze scientifiche della popolazione. "Un'opera paziente che inizia nelle scuole, ove bisogna correggere lo svantaggio delle materie scientifiche; passa per le università, in cui prima viene la qualità dell'insegnamento; prosegue negli istituti di ricerca, che vanno intesi come fabbriche non di titoli accademici, ma di risultati utili al sapere e in definitiva al bene comune". È probabile che nel nostro paese un livello minimo di consapevolezza di cosa è la ricerca scientifica avrebbe evitato di montare un "caso" come quello relativo alla terapia proposta da Di Bella.

Giancarlo Cerasoli

Rosario Brancato, Maurizio Pandolfi *Miserie e grandezze della medicina* Mondadori, Milano, 2000, pp. 258, Lit. 30.000

Come il piccolo consumatore viene "farcito" a colpi di spot. Il bambino è il consumatore ideale, ingenuo, viziato, totalmente schiavo, un vero credente del verbo televisivo. Ma anche: "Il bambino è una merce. Il problema non è vendergli qualcosa. Il problema è vendere lui. Alle televisioni, alle industrie, agli sponsor". Queste sono le premesse del "Manuale per l'allevamento del piccolo consumatore", quasi un aggiornamento della "Modesta proposta" di Jonathan Swift. Paolo Landi racconta un mondo di bambini dominato dalle merci: tutto da comprare o da vendere, come i sentimenti o i principi educativi, in saldo sugli scaffali di quell'immenso supermercato che è ormai la società di massa. L'autore vive egli stesso nel mondo pubblicitario, per cui si tratta di un libro scritto dall'interno, da un mondo nel quale i bambini sono visti come polli di batteria (per l'allevamento intensivo) ed i genitori come polli da spennare. E i pubblicitari come gli spietati gestori dell'allevamento.



“Non conta il punto di vista umano: l'unico ininfluenza per un allevatore”, salvo quando i buoni sentimenti e gli affetti sono utilizzati come movente su cui far leva per indurre agli acquisti. La famiglia “Mulino Bianco”, per intendersi.

Quanto valgono i bambini? Come cucinarli, come concepirli, come ingrassarli, come incatenarli davanti alla tv, come abituarli a ottenere un buon profitto, come ricavare profitto da loro. Tutti i modi per consumarli subito, o per trasformarli in perfetti consumatori. Le immagini sono di Oliviero Toscani.

Nicola D'Andrea

Paolo Landi *Manuale per l'allevamento del piccolo consumatore* Einaudi, pp. 80, Lit. 13.000

Scritto molti anni or sono, fu letto nella sua prima e grossolana stesura da Pratolini, il quale non seppe pronunziarsi ... «È un gran libro», mi disse (E. Striano, Lettera a E. Vittorini). Il *Giornale* comincia nel 1936, con l'ingresso di Mario Morrone al ginnasio, e finisce nel 1940, l'anno dell'entrata in guerra dell'Italia. La città è Napoli, una Napoli in pieno fascismo, popolare, piccolo borghese, soffocante, velleitaria, mortificata e grigia [“L'importante è che tu sei su una strada che mi sembra buona, che vedi Napoli in un modo ancora «nuovo»: nuovo starei per dire, perché è il più vecchio (e sicuro) rispetto ai modi, alle immagini di Napoli che specialmente questo dopoguerra ci ha fatto conoscere”. Così scriveva Pratolini all'autore].

Eppure, questa città cinerea e addormentata (come riporta il risvolto di copertina), poco alla volta, nel corso del romanzo cambia, fino alla memorabile scena di una festa in tempo di guerra che mostra quale esplosività covi sotto quelle ceneri, metafora dell'exasperato vitalismo di Mario e dei suoi compagni. Con una precisione ritrattistica e una partecipazione emotiva descrive la vita nel condominio, dove vive la famiglia di Mario, continuando a seguire con sensibilità e attenzione ogni turbamento, ogni fase dell'evoluzione del ragazzo, senza mai perdere d'occhio il contorno.

Il padre, i parenti, i vicini, gli uomini feriti, le donne sognatrici, i giovani ansiosi, i professori invasati dell'ideologia mussoliniana: sono i personaggi che il giovanissimo Morrone fa vivere nelle pagine del suo diario-giornale.

Nicola D'Andrea

Enzo Striano *Giornale di adolescenza* Mondadori, pp. 413, Lit. 32.000

La storia è ambientata al termine degli anni sessanta, “quando un figlio disabile era una vergogna” (ha dichiarato l'autore in un'intervista) “o, nella migliore delle ipotesi, una disgrazia”. Lo sguardo degli altri è crudele quando sottolinea non solo la gravità del tuo problema, ma anche la sua assoluta insolubilità.

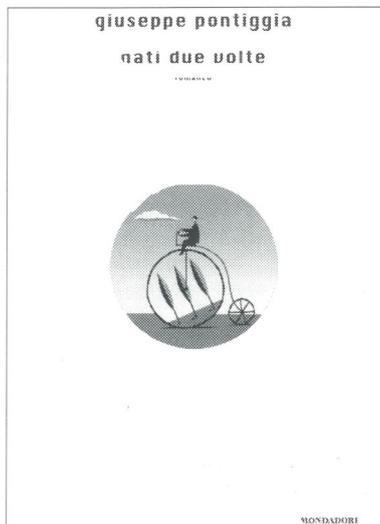
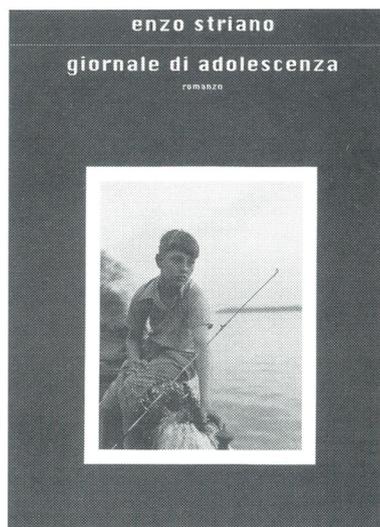
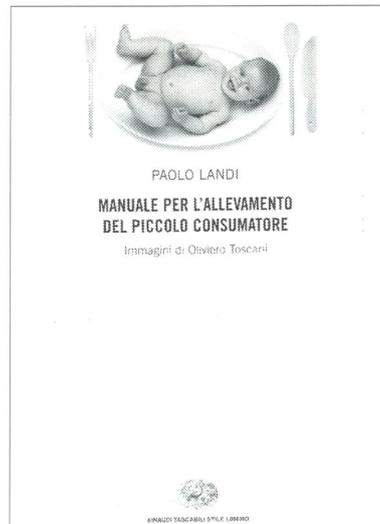
Quando si ha un figlio disabile si vive dentro una devastante solitudine. E, nello stesso tempo, si ha l'impressione di non poter essere soli: un padre, un figlio. Perché lo sguardo degli altri continuamente svela, dice, ribadisce.

Giuseppe Pontiggia racconta in prima persona (un'anticipazione breve c'era stata nel volume *Mi riguarda*) il rapporto di un padre con il figlio disabile, la stupidità e l'incubo di una vana ricerca della normalità. Intorno allo svolgersi della narrazione si muove una folla di personaggi che incarnano le reazioni spesso sconcertanti di fronte allo *sconcerto* dell'handicap: medici impreparati e cinici (...“mica abbiamo la sfera di cristallo”... *Li ho odiati per anni. Si rifugiano dietro una metafora proverbiale, stremata dall'uso, svuotata di ogni attendibilità anche fiasca, come dovessero difendersi da pretese insensate, mentre sono solo richieste di aiuto, appelli alla speranza, fughe nel futuro per liberarsi dalla disperazione del presente. E ricorrono a una frase imparata magari da un primario, per ammettersene in incognito l'autorità...*), presidi ricattatori, congiunti temibili, centri di riabilitazione forieri di nevrosi... *Nati due volte* sono i bambini nati una prima volta nello *sconcerto*, nel dolore dei propri genitori. E una seconda grazie a tutto l'amore che questi genitori hanno saputo dare, mobilitare, provocare intorno a loro.

Nati due volte sono i disabili. Ma “nato due volte” è anche il protagonista del libro: il padre. E, forse, anche il lettore.

Nicola D'Andrea

Giuseppe Pontiggia *Nati due volte* Mondadori, pp. 232, Lit. 29.000



Comunità e salute infantile nel nuovo millennio

Aidan Macfarlane

Consultant in social and adolescent health, UK

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 18-19

Pubblichiamo una sintesi dell'intervento che il Prof. Aidan Macfarlane ha tenuto al congresso di Pediatria di Comunità, svoltosi ad aprile di quest'anno a Gerusalemme.

Vorrei brevemente discutere di alcuni argomenti:

- Quali sono gli orientamenti attuali nel campo della salute del bambino e delle cure sanitarie che, con maggior probabilità, influenzano i servizi sanitari di comunità nel presente millennio?
- Quali nuovi indirizzi bisogna seguire nei problemi di salute del bambino?
- Quali sono le implicazioni future di questi sviluppi per coloro che lavorano nel campo della Comunità e dei servizi ambulatoriali infantili?

Sul primo punto mi pare di poter affermare che il continuo generale miglioramento della salute globale del bambino, deriva dalle maggiori conoscenze dei genitori circa la cura del bambino e dal livello di benessere socioeconomico raggiunto dalla popolazione. Nonostante questo globale miglioramento vi è stato un aumento delle disuguaglianze sociali che comporta inevitabili conseguenze, anche in termini di salute. Da ciò nasce la necessità di indirizzare le risorse verso le famiglie che vivono in condizioni di disagio. La frammentazione delle tradizionali strutture familiari, la migrazione delle famiglie, insieme ad altri fattori stressanti, determinano una crescita del numero di bambini che mostrano segni di disagio psicosociale.

Accanto a ciò dobbiamo considerare i bambini con sempre più complesse situazioni di handicap (paralisi cerebrale severa, gravi problemi cardiaci, gravi difficoltà di apprendimento associate a problemi neurologici, importanti problemi di nutrizione a seguito di tracheotomia o gastrostomia). Negli orientamenti attuali, tenere il bambino in ospedale per il minor tempo possibile o addirittura fuori dall'ospedale, si traduce in più cure effettuate a domicilio e ciò determina la necessità, da parte dei servizi ambulatoriali, di supportare genitori e bambini nel loro contesto di vita. Infine il progresso scientifico (per

esempio il *progetto genoma*) anche se in atto determina benefici per un gruppo molto piccolo di bambini ha permesso di migliorare le conoscenze sullo sviluppo umano. Per quanto riguarda gli indirizzi che si devono seguire nel campo della salute pubblica infantile in accordo con la definizione dell'OMS, mi pare che queste politiche devono continuare a porsi obiettivi "tradizionali" come la riduzione del tasso di mortalità, delle malattie acute e croniche, delle disabilità, delle conseguenze psicologiche negative della malattia cronica, della prevalenza dei disturbi psicologici e del comportamento, delle disuguaglianze sociali e geografiche rispetto alla salute, oltre alla promozione di uno sviluppo ottimale e di un sano stile di vita nei bambini.

In questi ambiti la sola differenza fra i servizi di salute pubblica rivolti all'infanzia e i servizi clinici è il grado di enfasi posto da ciascuno di essi nel miglioramento della salute nella globalità della popolazione e nel singolo bambino od adolescente all'interno di comuni obiettivi. Intese multidisciplinari fra salute pubblica e clinica diventano sempre più importanti per realizzare maggiore cooperazione fra chi si occupa del bambino nelle città, nelle comunità educative, nei servizi sociali e sanitari, anche se la cooperazione e il coordinamento dei servizi diventeranno sempre più complessi. L'obbligo "politico" di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza per tutti coloro che sono coinvolti nel miglioramento della salute, inclusi infermieri, medici, educatori ed altri professionisti che operano nel campo della salute pubblica, dovrà giocare un ruolo sempre più importante.

Il maggior riconoscimento dei genitori come primi responsabili della salute dei bambini porterà ad una maggiore attenzione nell'aiutarli e supportarli in questo ruolo. L'attenzione alla salute del bambino e dell'adolescente

Accreditamento

Ancora sulle ISO 9000

Abbiamo spesso trattato dell'uso delle ISO 9000 nella valutazione della qualità e sulla nostra opinione che dette norme siano utilizzabili per la valutazione delle strutture sanitarie non cliniche come laboratori, radiologie, servizi di accettazione. Leggiamo ora un volume di Gianfranco Baraghini e Maurizio Cappelli (*Il sistema qualità ISO 9000 in sanità*, Franco Angeli Editore, Milano, pp. 267) che conferma le nostre opinioni. Baraghini e Cappelli sono ambedue laboratoristi e la loro esposizione si riferisce esclusivamente ad esperienza di attuazione delle ISO 9000 in laboratori dove il processo di produzione è abbastanza facilmente standardizzabile per tutti i tipi di prodotto; si riferisce a tutti gli esami richiesti, anche inutilmente, e quindi gli sfugge il lato riferito ai problemi di appropriatezza che sono decisivi in campo sanitario. Manca in sostanza, nel volume, il problema della valutazione di tutta quella parte del processo induttivo-deduttivo che precede la esecuzione dell'esame e dove lo standard di prodotto è assai più variabile e meno sicuro e dove la prevalente attività relativa al sistema di qualità sembra essere quella che garantisce la attività di audit interno ed esterno, gli standard professionali e la esposizione degli esiti (mortalità, complicanze, reinterventi, rricoveri, ecc.) ottenuti dalle singole unità operative. Tale accreditamento di eccellenza è consolidato oramai da anni di attività negli USA, in Canada, Australia da parte di organismi volontari non profit come del resto riconoscono gli stessi autori; che del resto sono i primi a riconoscere che l'applicazione delle ISO 9000 in campo sanitario "non è facile, anzi è molto difficile". Ma allora perché volerle trasferire, contro l'esperienza consolidata al campo della diagnosi-terapia?

g.c. b.

dovrà portare a riflettere su questi cambiamenti includendo un maggiore impegno nell'insegnamento degli elementi di base della salute pubblica entro il curriculum di formazione del pediatra ora molto trascurati, così come il ricorso ad interventi basati sull'evidenza, sia nel trattamento dei singoli, sia in tutti gli interventi di salute pubblica, diventerà ancor più importante.

Sull'ultimo punto mi pare che l'enfasi vada posta sulla necessità che vi sia una maggiore attenzione nell'insegnamento delle basi della salute pubblica per tutti coloro che lavorano in servizi di comunità per l'infanzia come parte della loro preparazione di base.

È necessario realizzare un maggiore coinvolgimento per tutti coloro che lavorano nei servizi di salute pubblica nella strategia di programmazione globale dei servizi per i bambini, nella cooperazione con gli altri servizi, nelle attività multidisciplinari; inoltre una maggiore delega al personale infermieristico per gli interventi per la salute infantile, un più attento ruolo di "advocacy" per coloro che lavorano nei servizi sanitari, una migliore comprensione di come funziona la gestione politica delle aziende sanitarie, una maggiore attenzione e migliore preparazione sulla pratica basata sull'evidenza.

Altri aspetti importanti riguardano l'approfondimento delle procedure telematiche per migliorare l'accesso alle informazioni, l'attenzione al ruolo di collaborazione e supporto ai genitori essendo questi i principali responsabili della salute dei bambini e degli adolescenti.

In conclusione le priorità per un miglioramento della salute globale del bambino sembrano dovere includere:

- Una diminuzione delle disuguaglianze socioeconomiche nell'infanzia con una politica attenta e informata sui diritti e bisogni dei bambini e dei loro genitori.
- La presenza di mass-media informati ed interessati, in sintonia con gli interessi dei bambini e dei loro genitori.
- L'informazione dei genitori e la garanzia che bambini ed adolescenti, abbiano accesso a servizi sanitari il più possibile aggiornati e conformi ai loro bisogni.
- La sintonia di genitori, bambini ed adolescenti con il sistema sanitario.
- Un cambiamento di ruolo per coloro che

Buona TV

La Melevisione e le sue storie

È ricominciato da settembre su RAI TRE il programma per ragazzi "La melevisione e le sue storie". Il Fantabosco della Melevisione è abitato dal Buffone Jolly Cembalo, dalla Strega Salamandra, dalla grassa Fata Gaia, dal Genio, dall'Orco, dallo Gnom, dalla Principessa e da altri ancora. Il racconto è legato da Tono Cartonio. Il programma è prodotto in parte dalla sede di Torino ed in parte composto da contributi esterni. La recitazione non è sempre omogenea, talora gigionesca (ma c'è chi dice che il gigionismo piace ai piccoli), la dizione è spesso troppo veloce e spesso imprecisa per dei bambini piccoli (Che bravi i "Teletubbies"!); Anche le canzoni e le filastrocche sono cantate o recitate troppo velocemente. Molto buoni gli intermezzi di cartoni. Decisamente belli sono sembrati alcuni cartoni o intermezzi che, in ogni puntata, introducono i bambini, anche piccoli, nel mondo della cultura: uno, assai bello, sul significato delle piramidi egizie ed uno, veramente eccezionale, su un dipinto di Bruegel sul gioco dei bambini. Ambedue molto graziosi e sicuramente apprezzati dai bambini anche molto piccoli. Il cartone quotidiano sui Misteri e Fantasi invece è sicuramente meno brillante e fuori età rispetto alla prima infanzia. Che bello sarebbe un ritorno a "Salgari". Ma complessivamente una trasmissione da consigliare ai genitori. Termina alle sedici. Il sito è www.melevisione.rai.it, ma non aiuta molto.

Livia Vitali

sono coinvolti nella salute del bambino, in modo da coniugare i bisogni di salute del singolo a quelli dell'intera popolazione infantile e degli adolescenti. ■

Cinque bambini alla Mostra del Cinema di Venezia

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 20

Non sarà facile dimenticare, tra i tanti personaggi apparsi sugli schermi all'ultima edizione della Mostra del Cinema di Venezia, cinque bambini. Emergono da cinque storie diverse, si differenziano tra di loro per nazionalità e condizione sociale, hanno cinque modi di vivere la loro infanzia; eppure sembrano tenersi per mano, accomunati dal senso di smarrimento che li coglie quando sono costretti ad aprire gli occhi sul mondo degli adulti. I primi quattro si chiamano Peppino, Camille, Liam, Mathew; la quinta bambina non ha nome.

Di Peppino si è già parlato su molti giornali, forse per porre riparo al lungo silenzio nel quale è precipitata la sua storia. Si tratta, infatti, di Peppino Impastato, il giovane siciliano di Cinisi che, dopo un'infanzia passata in mezzo ai boss del suo paese, si ribella alla mafia e paga con la vita il suo coraggio. Marco Tullio Giordana, ne *"I cento passi"*, è riuscito a raccontare in modo avvincente un episodio di cronaca italiana sconosciuto ai più perché nello stesso periodo era in primo piano la vicenda politicamente più rilevante del rapimento e dell'uccisione di Aldo Moro e dello sterminio della sua scorta. Benché il film si soffermi più diffusamente sugli anni giovanili del protagonista, non è possibile dimenticare il momento in cui Peppino, ancora bambino, prende coscienza del mondo di sopraffazione e di violenza che lo circonda. La sequenza è quella del funerale dell'uomo al quale Peppino era maggiormente affezionato: il padrino, ucciso dalla cosca rivale. L'omicidio è avvenuto al centro del paese; tutti sanno chi è il mandante, ma nessuno ha visto e nessuno parla. Il piccolo Peppino è sprofondato su una poltrona e nel suo sguardo perduto nel vuoto sono facilmente individuabili quelli di tutti i bambini che, quando si rendono conto delle prepotenze dei grandi, perdono il sorriso, cominciano a capire l'assurda legge della sopraffazione e maturano la ribellione.

Si ribella a modo suo anche Camille, di nove anni, protagonista del film francese di Raul Ruiz *"Il figlio di due madri"*. Il mistero che avvolge la vicenda (un bambino che rifiuta la sua vera madre per seguirne una inventata) si scioglie in un "felice finale" che restituisce la tranquillità alla piccola famiglia borghese in cui vive Camille e agli spettatori, che inesorabilmente sono stati trascinati in quella che lo stesso regista ha definito "una situazione cinematografica paragonabile a una suspense vertiginosa". Restano insoluti, invece, gli interrogativi che il film pone, ma si tratta di interrogativi che vanno ben al di là di una semplice pellicola e che hanno bisogno di una sede più accreditata per essere dibattuti: cosa c'è dentro la testa di un bambino? Con quali occhi egli vede i suoi genitori? In che percentuale la sua fantasia è condizionata e pilotata dagli adulti?

"Il piccolo Liam", protagonista dell'omonimo film di Stephen Frears, ha sette anni e vive a Liverpool, in un quartiere irlandese cattolico, al di là del Mersey River. Nella sua famiglia si respira serenità e dignità: il padre è responsabile e gran lavoratore, la madre è amorevo-

le, il fratello e la sorella sono affettuosi e servizievoli. Ma è il 1930, anno di grande depressione economica, contrassegnato dalla disoccupazione che si abbatte improvvisa sulla società. Quando il padre di Liam perde il posto di lavoro, il bambino, che intanto si sta preparando alla prima comunione, si ritrova catapultato in un girone di ansie e paure: lo strazio della fame, l'incubo del peccato insegnato a scuola e predicato in chiesa, la violenza degli estremisti di destra, la fine dell'unione familiare, gli inutili sacrifici della madre, gli errori del padre. Ognuno, in questa tragica situazione, sceglie un modo per sopravvivere; Liam si indirizza verso la dolcezza di un gesto: accarezzare i capelli della sorella, vittima innocente di un odio razziale che preludeva l'Olocausto.

Il quarto bambino - Mathew, di sette anni, personaggio chiave del bel film indiano *"Uttara"* di Buddhadeb Dasgupta - deve fare i conti con la violenza religiosa degli estremisti Hindu, belve umane che, dopo avere bruciato il prete cattolico che lo aveva adottato e avere sevizato la sensibile Uttara e un nano che erano corsi in suo aiuto, vorrebbero eliminare anche lui, incombente testimone. Il regista dice che la sua è "una storia di innocenza e semplicità, che una serie di fattori contribuiscono a spezzare e distruggere". E aggiunge: "in questo mondo, in eterna tensione tra il bello e il brutto, dobbiamo lottare per preservare la bellezza". Il film si chiude con una speranza che arriva da un gruppo di danzatori mascherati i quali, dopo avere liberato il piccolo Mathew, si prendono cura di lui e lo invitano a sognare un mondo migliore.

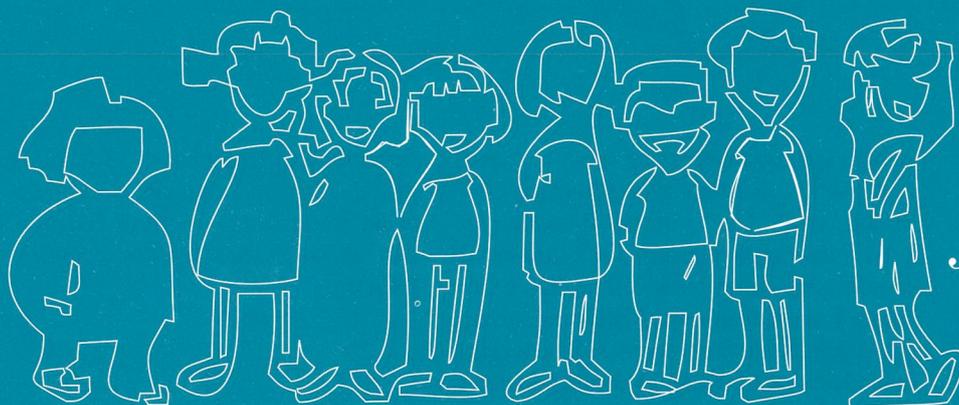
Senza speranza è, invece, l'ultima bambina. Una bambina senza nome e senza storia. Appare sorridente e con un cappellino colorato (unico tocco di vivacità in un mondo cupo), ma quando viene abbandonata in mezzo alla strada dalla madre disperata perché non può offrirle un avvenire dignitoso, piange, viene consegnata alla polizia e sparisce. È uno dei tanti personaggi femminili del film vincitore del Leone d'oro: *"Il cerchio"* dell'iraniano Jafar Panahi. In un paese dove nascere donna è una disgrazia (devono nascondere il volto, non possono fumare in pubblico, non si possono truccare, non possono prendere i mezzi pubblici se non sono accompagnate da un uomo e se restano incinte, sono scacciate via di casa e non possono abortire), essere donna e bambina è il massimo dell'infelicità. Ma il Medio Evo non si era chiuso con la scoperta dell'America? ■

Per corrispondenza:

Italo Spada,

E-mail: italospada@libero.it

Associazione Culturale Pediatri



*ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento*

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

Cos'è l'ACP

L'ACP è una libera associazione costituita a Milano il 5 settembre 1974 che raccoglie 3.000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri italiani con una prevalenza dei pediatri di famiglia (circa 65%) ed il resto di pediatri ospedalieri, universitari e di comunità. La sua attività è rigorosamente non profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria. Svolge attività editoriale, di formazione, di ricerca e di supporto e contributo ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini ed istituzioni. Attualmente ne è presidente il dott. Giorgio Tamburlini dell'Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofalo" di Trieste.

Attività editoriale

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

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

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

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

Formazione ed aggiornamento

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare), che a quella personale (saper essere), che a quella manageriale sia per quanto riguarda la gestione delle risorse economiche che di quelle umane. L'ACP è iscritta all'albo della formazione professionale presso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici. L'ACP ha proposto un sistema di accreditamento per le proprie attività formative.

Ricerca

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

La pagina Web dell'ACP

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

Il codice di Farmindustria

Con grande pubblicità Farmindustria ha varato un nuovo regolamento/codice deontologico per le industrie farmaceutiche e lo ha presentato al congresso dei medici di medicina generale. Pur apprezzando l'attenzione (assente fino a qualche anno fa) al problema, non sembra che il codice sia diverso dal precedente. Sul piano del turismo congressuale è sottolineato il divieto di organizzare convegni all'estero con partecipanti "prevalentemente" italiani. Una buona idea, ma, ahimè, il divieto è facilmente eludibile: è sufficiente accordarsi con un istituto messicano e organizzare il congresso a Città del Messico, mettere qualche relatore peruviano, invitare qualche *pediatrician* nordamericano e il gioco è fatto. O ancora, è sufficiente sponsorizzare un congresso all'estero organizzato da qualche agenzia italiana ed il gioco è fatto ancora una volta. Manca, inoltre, qualsiasi considerazione/decisione/regolamentazione sui legami fra industria e ricerca; qualcosa sulla opportunità/necessità di pubblicare o per lo meno rendere noti anche gli studi negativi, l'accettazione della sostituzione delle visite individuali "al caro dottore" con modalità di presentazione a tutti i medici dell'ospedale, della ASL, dell'ordine dei medici e così via.

g.c. b.

Finanziaria: budget per i medici di famiglia

La nuova finanziaria impone alle Regioni una sperimentazione di budget di distretto che riguarderà medici di medicina generale e pediatri di base. Entro il 30 giugno 2001 ciascuna Regione dovrà individuare il distretto nel quale comincerà la sperimentazione. Saranno considerate le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali indotte da generalisti e pediatri. Il *budget* sarà calcolato moltiplicando il numero di abitanti per la

quota capitaria relativa alle spese in esame (circa il 95% del finanziamento complessivo nazionale). Un "comitato di monitoraggio" (un rappresentante regionale, il responsabile del distretto, un medico generalista e un pediatra scelti dalle organizzazioni sindacali rappresentative a livello aziendale) sarà addetto al controllo trimestrale delle spese indotte dai medici di base e invierà una relazione ai ministeri interessati e all'azienda competente.

La sperimentazione avrà una durata di 12 mesi e prevede che il 60% dei risparmi sia erogato, sotto forma di servizi, ai medici. Nel caso in cui sia "sforato" il *budget* saranno applicate nei confronti dei medici le sanzioni previste dalla convenzione (dal richiamo fino alla sospensione del rapporto) e i procedimenti disciplinari previsti dagli Ordini (diffida, sospensione dall'esercizio della professione, radiazione dall'albo).

Dopo la fase di sperimentazione il controllo della spesa sarà esteso fino a che, dal gennaio 2002, sarà monitorato per via telematica.

g. m.

Veronesi proclama

Il ministro della Sanità, Umberto Veronesi, ha proclamato nel comunicato stampa n° 239 che "la degenza media dovrà abbassarsi dagli attuali giorni otto a giorni tre". Bravo! Ma ha dimenticato di dirci in quale paese del mondo è stato raggiunto l'obiettivo dei tre giorni di degenza. Anzi ci accontenteremmo di sapere in quale paese hanno quattro giorni di degenza media. Così sapremo qual è l'ultimo paese che dovremo battere in volata.

g.c. b.

Spese congressi

Le Aziende farmaceutiche potranno detrarre dall'imponibile fiscale, dopo l'approvazione della finanziaria, non più l'80% delle spese congressuali, ma solo il 40%. Questo per evitare che troppi oneri gravino sul prezzo dei medicinali. Per la generalità degli operatori economici le possibilità di

detrazione si limitano al 33%. Le industrie del farmaco, dunque, ricevono ancora un trattamento migliore rispetto agli altri operatori (*Sole 24 Ore - Sanità, 17-23/10/00*)

g.c. b.

Medici e Antitrust

L'Antitrust ha rilevato come alcune deliberazioni degli Ordini dei Medici realizzano un "cartello" e limitano la concorrenza.

Per esempio: l'obbligo per gli iscritti di adeguarsi a un tasso di sconto unitario per le convenzioni con le mutue private, il lavorare solo con le mutue che privilegiano certi tipi di rapporto, il parere obbligatorio dell'Ordine sulla scelta dei medici da convenzionare. Per questo ha inflitto alla FNOMCeO una multa di centotremila milioni. Il parere dell'Antitrust nasce dal considerare i professionisti iscritti come "Associazioni di imprese" e non come prestatori d'opera intellettuale. Prevedibile il ricorso al TAR. Durissimi i commenti di FIMMG e ANAAO (*Sole 24 Ore - Sanità, 17-23/10/00*).

g.c. b.

Pertosse: c'è ma non si vede

Un'indagine su tutti i bambini di età inferiore a 5 mesi, ricoverati nelle terapie intensive pediatriche di Londra dal novembre 1998 all'ottobre 1999, con insufficienza respiratoria da causa sconosciuta, apnea e/o bradicardia, e SIDS mancata, ha dimostrato l'esistenza di una pertosse nel 14% dei casi.

Due casi su dieci non erano stati sospettati come affetti da pertosse all'ingresso. Nel 45% dei casi un familiare era affetto da pertosse, in un altro 45% uno o più contatti adulti risultarono positivi per pertosse alla PCR o con la sierologia. Materiale per riflettere anche sui programmi vaccinali (*Crowcroft NS. Arch Dis Child 2000;82:SI,A10*).

l. p.



Qualche conto su fumo e spesa sanitaria e sociale

Qualche conto su spesa e fumo lo fa Carlo La Vecchia su *I Care* (2000;2:6). Ne riassumiamo i punti essenziali nelle **tabelle 1 e 2** dedicandolo a chi fa ironia sui "divieti di Veronesi".

Tabella 1. Eccesso di costi sanitari rispetto ai non fumatori in percentuale

Cardiopatie	+80%
Tumore del polmone	+1000%
Altri tumori	+25%
Altre pneumopatie	+1000%
Patologia neonatale	+10%
Eccesso globale dei costi (1)	+40% pari a 10000 MLD

(1) Perdita di produttività

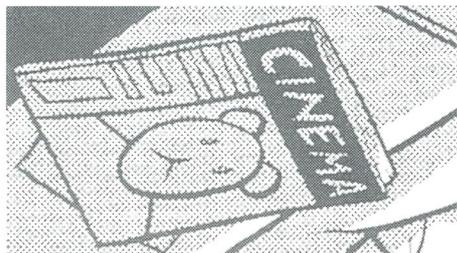
Tabella 2. Costi e ricavi di "cessazione fumo"

Attuale eccesso di costi sociali (1)	20000 MLD
Totale eccesso di costi	30000 MLD
Ricavi Monopolio Tabacchi	17800 MLD
Guadagno	12200 MLD

(1) Perdita di produttività

La perdita di 30.000 MLD è circa doppia rispetto ai 17.800 MLD di ricavi globali del Monopolio Tabacchi. Per far pari bisognerebbe aumentare il costo del pacchetto di sigarette di 7.000-8.000 lire. L'eliminazione del tabacco comporterebbe però un aumento del numero degli anziani e dei relativi costi sanitari e pensionistici che sarebbero da valutare.

g.c. b.



Povertà infantile: Italia terzultima!

Un recente rapporto dell'UNICEF sottolinea che un bambino su sei che vive in un paese ricco è attualmente in situazione di povertà; viene considerata sia la povertà assoluta (quando il reddito è al di sotto della linea di povertà secondo gli USA), che quella relativa (quando è inferiore al

Tabella 1. Percentuale di bambini che vivono in "relativa" povertà

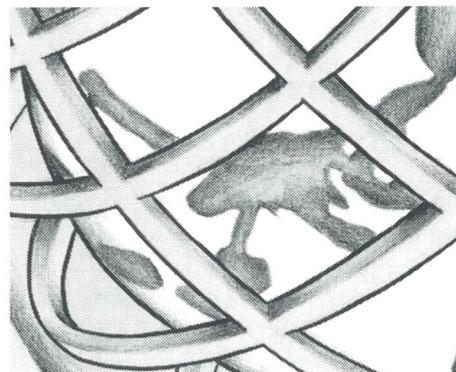
Svezia	2,6
Norvegia	3,9
Finlandia	4,3
Belgio	4,4
Lussemburgo	4,5
Danimarca	5,1
R. Ceca	5,9
Olanda	7,7
Francia	7,9
Ungheria	10,3
Germania	10,7
Giappone	12,2
Spagna	12,3
Grecia	12,3
Australia	12,6
Polonia	15,4
Canada	15,5
Irlanda	16,8
Turchia	19,7
Regno Unito	19,8
Italia	20,5
Stati Uniti	22,0
Messico	26,2

50% della mediana del reddito dello specifico paese in cui il bambino vive).

Delle 23 nazioni prese in esame i bambini che vivono in povertà relativa sono il 19,8% in Gran Bretagna, il 20,5% in Italia, il 22% in USA e il 26,2% in Messico; le prime sei, sia per quanto concerne la povertà relativa che assoluta, sono Svezia (2,6%), Norvegia (3,9%), Finlandia (4,3%), Belgio (4,4%), Lussemburgo (4,5%) e Danimarca (5,1%).

Questi paesi hanno abbassato la povertà infantile del 5% negli ultimi vent'anni implementando politiche sociali focalizzate sulla famiglia e destinando la più alta quota del prodotto interno lordo alla spesa sociale (*BMJ* 2000;320:1626).

l. p.

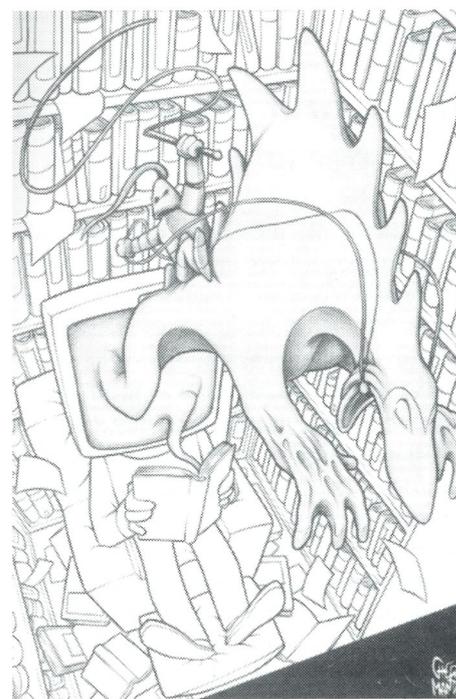


Il "vigile di quartiere" di Forlì

Il "Vigile di quartiere" è stato istituito a Forlì. Il vigile staziona nel quartiere, sarà una sorta di raccordo informativo fra il comune e i cittadini. Sul piano della sicurezza (l'iniziativa fa parte del progetto "Città Sicure") uno dei compiti del vigile di quartiere è di controllare i luoghi in cui bambini, ragazzi e anziani potrebbero trovarsi in situazioni di difficoltà o di pericolo.

Avrà a disposizione un telefono cellulare al quale i cittadini potranno chiamare in caso di bisogno dalle sette del mattino alle sette di sera.

g.c. b.



SVEZIA

Uno screening che fa cilecca?

Un allarme dalla Svezia dove la mammografia come *screening* del tumore mammario è praticata dal 1985.

La metodica di *screening* avrebbe diminuito la mortalità solo dello 0,8% contro un'attesa dell'11%. Alcuni autori danesi (Gotzsche et al. *Lancet* 2000;355:129), rivedendo i trial della letteratura hanno osservato che almeno sei degli otto trial considerati hanno delle serie incongruenze nella randomizzazione delle donne e quattro studi su otto delle inconsistenze nel numero delle donne randomizzate. Gli studi condotti correttamente (uno svedese e uno canadese) non dimostrerebbero vantaggi dalla metodica di *screening*. I danesi concludono: lo *screening* del tumore del seno con la mammografia è ingiustificato. Naturalmente i numeri successivi di *The Lancet* e in particolare quello del 26 febbraio riportano numerose repliche. Gli autori però hanno mantenuto le loro posizioni sui difetti di randomizzazione dei trial di partenza ed hanno annunciato la pubblicazione di una *review* sul *database* della Cochrane Library.

g.c. b.

UK

Assicurazioni private: cosa pensano i laburisti

Tony Blair, nel presentare il piano quinquennale per il SSN inglese (57000 MLD di lire in più con un aumento medio annuo del 6,3%), ha dichiarato che investire in incentivi ad assicurazioni private ha effetti non efficienti né equi per le seguenti ragioni (*Sole 24 Ore - Sanità*, 8-21/08/2000):

1. Gli incentivi fiscali a sostegno delle assicurazioni integrative private beneficiano coloro che hanno già una assicurazione, non sono perciò equi.
2. Destinare fondi pubblici a questi incentivi fiscali distoglie fondi per il finanziamento del SSN che andrebbero a favore di tutti.
3. I risparmi ottenuti dal settore pubblico e

derivati dagli incentivi fiscali utilizzati per le assicurazioni sono inferiori al costo degli incentivi stessi.

4. Gli incentivi per l'assicurazione privata sono finanziati con fondi destinati teoricamente a tutti e quindi prevalentemente a chi ne ha più bisogno (vecchi, malati e poveri), ma vanno a favore in genere di giovani e sani che hanno già un'assicurazione.

g.c. b.

UK

Lo xenotrapianto: parecchi dubbi

Un editoriale di *Nature* (2000;406:661) commenta due ricerche comparse su *Nature* stesso e su *Science* sul trapianto di organi animali nell'uomo. Si è riusciti a clonare maiali partendo egualmente da una cellula somatica adulta (nuclei di cellule diploidi trapiantati in ovociti enucleati e poi attivati) e da una cellula fetale (da ovociti preattivati con patrimonio nucleare proveniente da cellule della granulosa del follicolo di Graaf). Ciò apre la strada, tecnicamente possibile, a preparare animali modificati geneticamente con grande precisione in modo da evitare il rigetto con l'esclusione dei loci responsabili del rigetto stesso. Ricerche recentissime, aggiunge *Nature*, dimostrano che i retrovirus porcini (PERVs) possono infettare, almeno in vitro, cellule umane. I ricercatori si propongono di accertare se il trapianto di isole pancreatiche di maiale in topi immunosoppressi può portare ad una infezione generalizzata da PERVs dato che in vitro è dimostrato che l'infezione può avvenire ed il virus può replicarsi. Un ulteriore rischio da accertare è se questi virus possono indurre epidemie a diffusione interumana, anche se sul piano teorico questa ipotesi sembra debole. La conclusione di *Nature* è: gli interventi di xenotrapianto sono una categoria di rischio forse basso e di vantaggio individuale forse alto, ma le cui conseguenze negative, se si avverassero, sarebbero catastrofiche.

Sul problema torna *Nature* nei numeri successivi (2000;407:27-86-90) suggerendo sperimentazioni intensive su questo argo-

mento, data l'importanza attribuita agli xenotrapianti come prospettiva tecnologica. A proposito di tecnologia possibile: alcuni anni fa Lewis Thomas ha definito tecnologie dimezzate quelle che salvano la vita ma non fanno stare bene: trapianti, dialisi, ecc.

g.c. b.

ISLANDA

Ostacoli sul database della salute

È noto che l'Islanda è il primo paese che avrà un *database* sanitario per tutta la popolazione (400.000 abitanti) con una componente relativa alle caratteristiche genetiche, finora note, di ogni cittadino. Il Piano è stato approvato dal governo nel 1998. Sennonché ora c'è un contenzioso fra la Associazione Medica Islandese (IMA) e la società concessionaria per la costruzione del *database* (deCODE Genetics): la IMA sostiene che per essere inseriti nel *database* è necessario chiedere un consenso esplicito ad ogni cittadino, mentre la deCODE ritiene che ciò non sia necessario in quanto la norma di legge deve essere applicata ed il consenso è necessariamente presunto. Alla base della prudenza dell'IMA sta la considerazione che "non è chiaro come il *database* sarà usato nel futuro" (*Nature* 2000;406:819).

g.c. b.

UK

Perdita di cervelli verso gli USA

Dopo avere valutato un indice bibliometrico (numero di citazioni che ogni articolo pubblicato ha ricevuto) *Nature* riferisce (2000;407:13) che gli scienziati inglesi emigrati in USA hanno ricevuto più citazioni (22 per ogni lavoro) di quelli che hanno continuato a lavorare in UK (18). Questo significa che sono emigrati i cervelli migliori o che, emigrando, sono migliorati?

g.c. b.



USA

Le mani dell'industria sulla formazione dei medici

Allarmato editoriale di *The Lancet* del 2 settembre 2000 sull'influenza dei produttori di farmaci sulla formazione dei medici in USA. Un'inchiesta condotta su una delle maggiori istituzioni private per la formazione permanente (la MESS, Medical Education Service Suppliers) ha dimostrato che il cliente più consistente della MESS è l'industria farmaceutica. Nel 1999 il fatturato fornito da sole 43 ditte industriali è stato di seicentoquarantatre milioni di dollari che se rapportato a tutte le industrie americane fa un totale di un miliardo di dollari! Centoquindici milioni di dollari sono andati per l'organizzazione di riunioni, centoquattordici milioni per congressi e simposi, sessantaquattro milioni per inserzioni, sessanta milioni per pubblicazioni. Per la grande organizzatrice di eventi formativi i clienti sono stati produttori di farmaci per il 90%.

Il 52% delle manifestazioni organizzate dall'industria non hanno ricevuto l'accreditamento dalla Commissione nazionale (ACCME); questo getta una brutta luce sulla qualità delle manifestazioni.

Ma l'allarme di *The Lancet* sta nel fatto che le industrie possono gestire gran parte dell'aggiornamento e influire sulla formazione secondo le loro aspettative. Proprio come in Italia, dove le industrie "scelgono" i congressi cui inviare medici dirigendo oculatamente le loro sponsorizzazioni. Sulla base della qualità del congresso o su qualche altra base?

g.c. b.

USA

I costi della tecnologia

Dal 1960, in USA, i costi pro capite della tecnologia medica sono aumentati del 791%, mentre il costo dell'assistenza sanitaria riferita al PIL è aumentata del 269%. I costi della tecnologia, dunque, e non l'espansione dell'assistenza, sono stati di

gran lunga il fattore maggiore dell'aumento dei costi assistenziali. Fra le tecnologie che hanno contribuito a far crescere i costi sono i defibrillatori impiantabili, i *pacemaker* di ultima generazione, gli stimolanti della crescita (GH), le protesi del pene, le pompe da infusione impiantabili, l'Eco-Doppler, la RMN, la PET, i trapianti di fegato. Hanno determinato una flessione dei costi la valvuloplastica, gli analizzatori chimici automatici, il laser endoscopico, l'angioplastica vascolare periferica. L'elenco è di dieci anni fa (*Callahan D. La medicina impossibile. Baldini-Castoldi, 1999, pp. 97*). Come si vede tutte cose che interessano gli adulti, a parte il GH.

g.c. b.

FRANCIA

I grandi successi della medicina

Clint Hallam il primo trapiantato di mano a Lione chiede che gliela taglino; la mano nuova formicola, è inerte, brucia. *Hallam* non ha soldi per le terapie antirigetto e le accusa di avergli fatto venire il diabete (*dai quotidiani del 21 ottobre 2000*).

g.c. b.

UK E DANIMARCA

Eroi a rischio

Sono stati confrontati i risultati ottenuti, in termini di sopravvivenza e durata della degenza, dalle terapie intensive neonatali (TIN) della regione del Trent, in Inghilterra, e dell'intera Danimarca, per vedere le differenze dei due stili di assistenza, più aggressivo nel Trent con massiccio uso della ventilazione assistita, più morbida in Danimarca (come anche negli altri paesi scandinavi) con ridotta manipolazione ed uso prevalente della pressione positiva continua. Le caratteristiche delle popolazioni confrontate differivano solo per una maggiore incidenza nel Trent di neonati <28 settimane di gestazione e/o <1000 g di peso (4,18 vs. 3,3). Ebbene, la sopravvivenza è risultata la stessa e la degenza

media inferiore in Danimarca. Risultati molto interessanti, ma non avendo i dati sui costi e sulla morbilità a distanza occorrerà aspettare prima di trarre conclusioni definitive (*Field D. Arch Dis Child 2000;82:S1,A29*).

l. p.

GALLES

Deprivazione sociale e mortalità

I dati sui nati, nati morti e mortalità infantile in tutto il Galles dal 1993 al 1998, hanno mostrato una correlazione della natimortalità e della mortalità infantile con il livello di deprivazione sociale misurato secondo il punteggio "Townsend", ricavato dai dati del censimento nazionale. La correlazione è lineare, con un aumento della mortalità del 114% in caso di livello massimo del punteggio "Townsend". Un'analoga correlazione è stata trovata per quanto riguarda infezioni e SIDS (*Guildea ZES. Arch Dis Child 2000;82:S1,A30*).

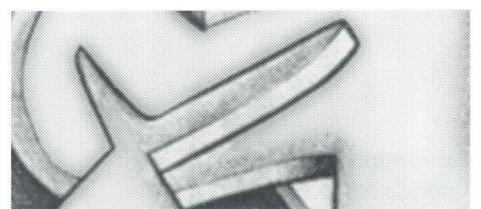
l. p.

UK E IRLANDA

MICI

Il primo studio epidemiologico prospettico sulla Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (MICI) realizzato in UK e Irlanda ha confermato un'incidenza aumentata della malattia, come suggerito da alcune indagini retrospettive. L'incidenza minima di MICI in bambini di età inferiore a 16 anni, durante il periodo 1998-1999, è stata del 4,7/100.000/anno (*Sacwzenko A. Arch Dis Child 2000; S1:82,A2*).

l. p.



La struttura della popolazione

Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli

U.O. di Neonatologia e T.I.N., Ospedale "Annunziata", Cosenza

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 26-28

Le variazioni di natalità, mortalità e flussi migratori dall'estero modificano la struttura della popolazione. Vediamone gli effetti. Anzitutto è scomparsa la famosa "piramide della popolazione".

Da molti anni, ormai, la diminuzione delle nascite in Italia occupa con una certa frequenza le pagine e i notiziari dei media di vario genere e natura. Questo tende sempre più a coincidere con il lancio periodico dei bollettini dell'ISTAT sui molti aspetti della società e della condizione del Paese.

Le opinioni a commento si sprecano, così come i giudizi di merito sui presunti vantaggi e svantaggi, con associati rimedi, dell'attuale andamento demografico.

Le opinioni e i giudizi spesso assumono essi stessi il ruolo di notizia, anche se solo per un giorno. Questo costume, tuttavia, mostra negli ultimi tempi una certa tendenza ad attenuarsi, quasi fosse intervenuta una sorta di assuefazione ad un nuovo ordine ed una maggiore accettazione di una diversa realtà rispetto al passato.

Tralasciamo comunque queste considerazioni e cerchiamo di vedere come le variazioni di natalità, mortalità e flussi migratori (questi ancora in minima parte) hanno modificato la struttura della popolazione. I dati sono stati estratti dalla rubrica "approfondimenti" del sito ISTAT (www.istat.it), integrati da quanto pubblicato nell'Annuario Statistico Italiano 1999.

La struttura della popolazione in Italia

La popolazione residente per sesso ed area geografica nel 1997 sfiorava i 57 milioni e mezzo (*tab. 1*) con più di 1.650.000 donne in

eccesso rispetto agli uomini.

La struttura della popolazione per età ha perso la forma a piramide di 25-30 anni fa per assumerne una caratterizzata da una stretta base, poi da uno slargamento che raggiunge il suo massimo fra 25 e 30 anni di età e, infine, da un graduale restringimento che probabilmente rappresenta il residuo dell'antica piramide (*fig. 1*).

Il punto di massima frequenza sia per maschi che per femmine è tra 30 e 35 anni, corrispondente ai nati nella prima metà degli anni sessanta, quando si verificò il picco del baby-boom e le nascite superarono il milione all'anno. Il più alto decremento del numero dei nati si è avuto fra 25 e 15 anni fa, mentre in seguito la diminuzione è stata molto meno marcata. Ad influire sulla struttura per età della popolazione non è però soltanto il numero di nati, ma anche l'attesa di vita. Nelle *figure 2 e 3* sono rappresentate le curve della sopravvivenza, separatamente per maschi e femmine, relative agli anni 1930-1932, 1950-1953 e 1995, dalle quali risultano evidenti gli straordinari cambiamenti che si sono verificati da settant'anni a questa parte. Ad esempio, nel 1930-1932 il 40% circa dei maschi raggiungeva i 70 anni, agli inizi degli anni cinquanta questa percentuale era salita al 60% e al giorno d'oggi si aggira intorno all'80%. Per le femmine il guadagno di sopravvivenza è stato ancora maggiore.

Tabella 1. Popolazione residente per sesso e area geografica, anno 1997

	Maschi	Femmine	Totale
Nord	12.381.732	13.185.298	25.567.030
Centro	5.339.347	5.713.258	11.052.605
Mezzogiorno	10.229.513	10.714.206	20.943.719
Italia	27.950.592	29.612.762	57.446.333

Per corrispondenza:
Carlo Corchia
E-mail: carlocorchia@tin.it

La speranza di vita alla nascita

Dal 1961 al 1997 la speranza di vita alla nascita (o vita media) è aumentata da 67,2 a 74,9 anni per i maschi (+7,7 anni) e da 72,3 a 81,3 anni per le femmine (+9 anni) (fig. 4). Ovviamente, sull'incremento della speranza di vita alla nascita hanno avuto effetto sia le variazioni della mortalità nelle età avanzate, sia la diminuzione di quella nei primi anni di vita. Basti ricordare che la mortalità infantile è passata da 40,7‰ nel 1961 a 6,1‰ nel 1995. L'aumento della vita media è stato maggiore per le femmine rispetto ai maschi; si è così passati da una differenza fra i due sessi di 5,1 anni nel 1961 ad una di 6,4 anni nel 1997.

L'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza

Con il termine "indice di vecchiaia" si intende il rapporto tra la popolazione con età ≥ 65 anni e la popolazione con età < 15 anni $\times 100$. Il termine "indice di dipendenza" esprime, invece, il rapporto tra la popolazione d'età < 15 anni più quella ≥ 65 anni e la popolazione tra 15 e 64 anni (per 100). In Italia dal 1961 al 1997 l'indice di vecchiaia è aumentato da 38,9 a 116,5 (fig. 5). In altri termini ciò significa che se nel 1961 vi erano circa 39 anziani (≥ 65 anni) per 100 ragazzi (≤ 14 anni), oggi ve ne sono 116, un aumento di tre volte. Nello stesso periodo l'indice di dipendenza non si è modificato di molto; esso è passato infatti da 51,6 a 46,7 (fig. 6), dopo aver raggiunto un picco massimo di 55,5 nel 1971, causato, presumibilmente, dal grande numero di nascite verificatesi negli anni sessanta. In pratica, più anziani e meno ragazzi hanno provocato modeste variazioni nel numero di soggetti economicamente "dipendenti" rispetto a quelli potenzialmente in età produttiva.

La situazione in Europa

Nell'insieme dei paesi dell'Unione Europea (UE) la vita media dei maschi nel 1996 era di 74 anni, con un valore minimo di 71 anni nel Portogallo ed uno massimo di 76,5 anni in Svezia; la vita media delle femmine, nello stesso anno, era di 80,5 anni con un valore minimo di 78,5 anni in Irlanda ed uno massimo di 81,9 anni in Francia.

Per quel che riguarda l'indice di vec-

Figura 1. Struttura della popolazione residente per sesso ed età

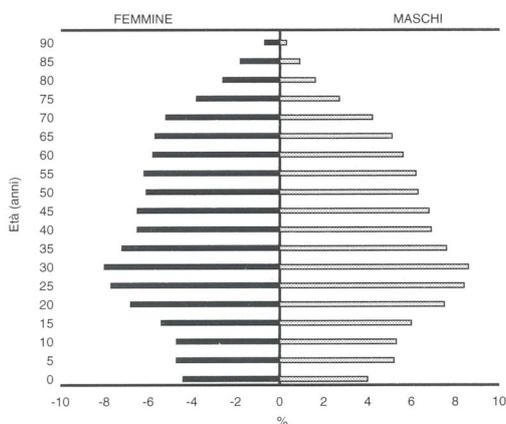


Figura 2. Variazioni della curva di sopravvivenza maschi

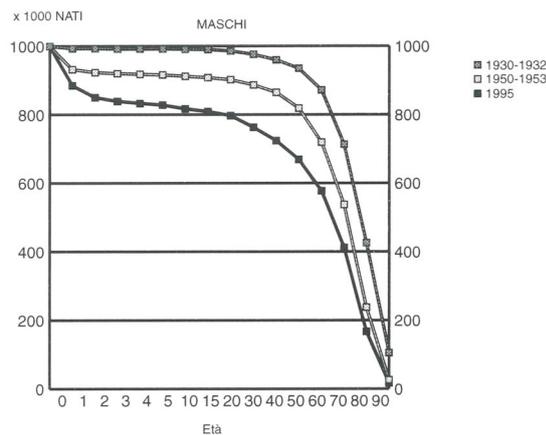
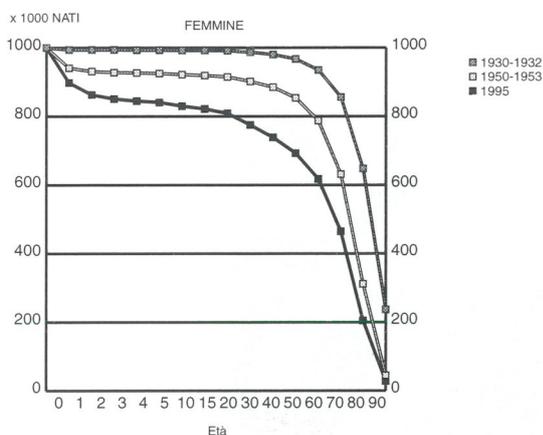


Figura 3. Variazioni della curva di sopravvivenza femmine



chiaia, le differenze nei paesi UE sono cospicue: si va da un minimo di 49 per l'Irlanda al massimo di 116,5 per l'Italia, con una media europea di 91,3. Le differenze sono meno marcate per l'indice di dipendenza: il valore più basso è quello della Spagna (46,5) il più alto quello della Svezia (56,8), con una media europea di 49,3. Le diverse posizioni che le nazioni occupano in queste due graduatorie riflettono le differenti dinamiche della popolazione verificatesi negli ultimi tre-quattro decenni. Italia, Spagna e Germania, ad esempio, hanno un alto indice di vecchiaia ed un basso indice di dipendenza, a significare una natalità elevata nell'immediato dopoguerra ed una sua marcata riduzione da un ventennio a questa parte. Al contrario, nei paesi che occupano posizioni intermedie, come la Danimarca e l'Austria, le dinamiche di popolazione sono state più stabili e i cambiamenti più progressivi e gradualmente.

Com'è la situazione in Europa al di fuori della UE? Molto meno buona e, paradossalmente ma non troppo, peggiorata rispetto alla fine degli anni ottanta nei paesi dell'ex blocco sovietico. Ciò ha provocato una diminuzione dell'attesa di vita alla nascita. Nella Federazione Russa la vita media di un uomo è ora di 59,8 anni, quella di una donna di 72,4 anni; in Ucraina i valori dei due sessi sono rispettivamente di 62,8 e 73,2 anni. La mortalità infantile negli anni fra il 1994 e il 1996 era del 17,5‰ nella Federazione Russa, del 14,7‰ in Ucraina, del 18,3‰ in Georgia, del 20,5‰ in Moldavia e addirittura del 30,7‰ in Albania, valori da tre a sei volte superiori rispetto a quello medio della UE, che era del 5,5‰. ■



Figura 4. Speranza di vita alla nascita

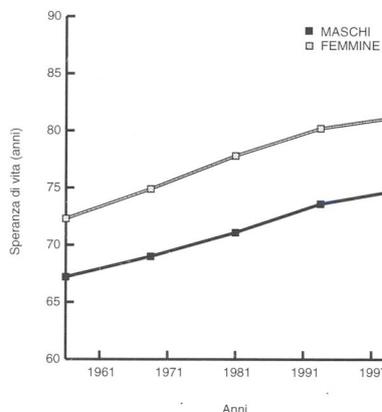


Figura 5. Indice di vecchiaia dal 1961 al 1997

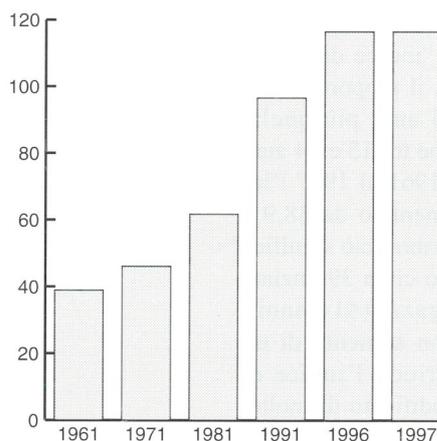
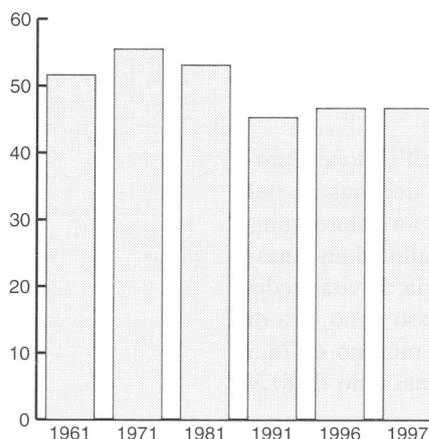


Figura 6. Indice di dipendenza dal 1961 al 1997



La mortalità infantile “per nati residenti” negli anni novanta

Dino Pedrotti

Consulente pediatria, Ospedale “S. Camillo”, Trento

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 29-31

Il confronto fra i dati di mortalità infantile è un'abitudine consolidata negli USA, ma poco usata nel nostro paese. Per questo riteniamo che l'articolo di Pedrotti sia di grande utilità: prima per comprendere e poi per fare. Non certo per giudicare.

Ogni azienda fa un bilancio annuale della propria attività in termini di risultati di efficacia e di efficienza. Non v'è dubbio che l'obiettivo fondamentale di efficacia dell'assistenza neonatale per un territorio è costituito dalla riduzione al minimo dei rischi di mortalità e di danni neurologici per tutti i neonati nati da madri residenti in “quel territorio”.

La mortalità “per regione di evento” può essere sensibilmente differente dalla mortalità “per nati residenti” (in Basilicata negli anni 1993-1994 sono deceduti 99 bambini “residenti” di età inferiore all'anno, ma solo 56 sono deceduti nella regione).

Per una valutazione obiettiva delle cure neonatali di un territorio, il parametro più adeguato è costituito dal tasso di mortalità nel primo anno di vita (mortalità infantile, M.I.) per residenti. Per pochissime aree geografiche sono disponibili i dati di un secondo parametro: il tasso di prevalenza degli esiti neurologici negativi (paralisi cerebrali, in particolare). Il tasso di mortalità neonatale precoce (fino a 6 giorni di vita) ha ormai scarso significato; il tasso di mortalità neonatale fino a 29 giorni costituisce la parte più consistente della M.I. (il 70-80%), ma più del 50% del tasso di mortalità post-neonatale (1-11 mesi) è ancora costituito da esiti di problemi insorti in epoca perinatale (malformazioni, infezioni, alta prematurità, ecc.).

Il tasso di M.I. è anche il parametro più confrontabile a livello internazionale, pur tenendo conto di tutte le variabili, diverse da stato a stato, nella definizione di “nato vivo” e di “neonato morto”. Queste variabili vi sono anche tra ospedale ed ospedale nella stessa Italia (ad esempio, non sempre sono considerati neonati nati vivi e poi morti i nati con Apgar 1 di 22-25 settimane o di peso inferiore a 500 g). Negli USA si è calcolato che fino al 10% del tasso di mortalità è a carico

di nati di peso inferiore a 500 g ed anche in provincia di Trento i decessi di questi neonati arrivano ad una percentuale vicina al 10%. Da diversi anni i livelli di M.I. negli USA sono discussi stato per stato, anno per anno nel numero di dicembre di *Pediatrics* e sono sempre paragonati con i livelli di M.I. segnalati dall'ONU per i vari stati per una certa sequenza di anni. Se ogni stato americano si paragona con altri, altrettanto dovrebbe fare ogni regione italiana e possibilmente ogni provincia, qualora questa corrisponda ad un bacino di utenza di una Neonatologia di III livello (UTIN). Da vent'anni in provincia di Trento non solo si raccolgono dati epidemiologici analitici su ogni evento neonatale, ma si confrontano questi dati, in modo da poter fare una valutazione obiettiva sulla qualità delle cure prestate col passare dei vari anni.

Dati internazionali

Veniamo ai dati. Nella **tabella 1** sono raccolti i dati di M.I. internazionali dal 1992 al 1997, comparsi, anno per anno, su *Pediatrics* confrontati con i dati “per residenti” registrati in provincia di Trento. Interessante il fatto che, per la prima volta, dopo il 1995, in alcuni stati (Scandinavia e Giappone) si è scesi sotto il tasso del 4%. Interessanti certi notevoli miglioramenti registrati in stati con deboli economie, come la Spagna e la Repubblica Ceca. Ma soprattutto colpisce il fatto che l'Italia (che ricordiamo trent'anni fa agli ultimi posti, seguita dal solo Portogallo) ha nettamente superato, in particolare dal 1994 in poi, un discreto numero di stati europei e comunque del “primo mondo”. Tutto da discutere il posto, sempre troppo basso, degli Stati Uniti: l'analisi dettagliata delle cause, discussa su *Pediatrics* di ogni anno, resta purtroppo infruttuosa.

L'ISTAT a fine 1999 ha diffuso i dati italiani

Per corrispondenza:
Dino Pedrotti
E-mail: scnnet@tin.it

di M.I. "per nati residenti", provincia per provincia, riferiti al 1996. Su questi possiamo continuare quella "cultura del confronto" che non serve a separare i "più bravi" dai "meno bravi", ma che ci aiuta a tirare qualche conclusione sulla reale efficacia delle nostre cure.

Ogni responsabile di UTIN dovrebbe sapere in che modo sono raccolti i dati nel proprio territorio. Se sono raccolti in modo scrupoloso, i risultati della sua area possono essere giudicati migliori di quelli di altre aree in cui la raccolta è meno attenta. Già nel 1995 in un *Supplemento alla Rivista Italiana di Pediatria* (1995; 21/S2) erano stati esposti i dati nazionali per regione di natalità, nati-mortalità, mortalità neonatale e infantile dal 1989 al 1992. Un'altra accortezza: data la scarsa numerosità dei dati provinciali, non si dovrebbe considerare il risultato di una sola annata, ma la media di più annate.

Dati italiani regionali

Nella *tabella 2* sono messe a confronto le medie del triennio 1991-1993 con quelle del triennio 1994-1996. I dati sono quelli comparsi sui Bollettini e sugli Annuari ISTAT (dal 1993 l'Annuario "Decessi. Caratteristiche demografiche e sociali") e possono presentare variazioni per correzioni successive che in generale non sono molto significative. Può darsi che nella trascrizione vi siano stati degli errori, di cui mi scuso e devo precisare che non sempre i dati ISTAT sono precisi: per il 1995, ad esempio, è stato pubblicato un grossolano errore riguardante proprio il Trentino e l'Alto Adige (*Medico e Bambino* 1998;9:17 - 1999;1:17).

Un breve commento ai dati. La provincia di Trieste, nell'ambito della regione Friuli V.G., con la sua articolata organizzazione interna di cure pediatriche resta da più di vent'anni il miglior punto di riferimento, anche se si presta poco ai paragoni: vi nascono 1.700 neonati all'anno in un unico ospedale, con notevoli risorse a disposizione. Tutto il Nord-Est e la Lombardia presentano risultati a livello dei migliori dati internazionali (M.I. sotto il 5‰ in quasi tutte le province; da citare Ferrara, sotto il 4‰). Netto il miglioramento in Lazio, Basilicata e Campania, di oltre due punti tra il 1991-1993 e il 1994-1996; più limi-

tato il miglioramento in Abruzzo, Calabria, Sicilia.

In Basilicata si è passati dal 9,3‰ al 6,7‰, anche se questa regione presenta forse la peggiore situazione geografica, con appoggi ad UTIN extra-regionali (Puglia, Campania), sia da Matera che da Potenza.

In Campania si è passati dal 9,8‰ (ultima posizione con la Sicilia) al 7,7‰ con scarse variazioni tra la zona di Napoli e quella di Salerno. Per certe regioni sono invece evidenti differenze anche di due punti tra diverse province (ad esempio in Lombardia, Emilia, Toscana, Puglia, Sicilia). Ogni Neonatologia di III livello dovrebbe tenersi aggiornata su questi dati ed anche sulle successive eventuali modifiche segnalate dall'ISTAT.

Così ad esempio per la provincia autonoma di Trento conosciamo il tasso di M.I. anno per anno (sempre "per nati residenti", e non "per provincia di evento"). Per il 1998 si trattava di 10 decessi (2,1‰); per il 1999 di 15 decessi (3,0‰). Sappiamo che, con circa 5.000 nati per anno,

ogni decesso aumenta il tasso di M.I. dello 0,20‰. Così in tempo reale, controlliamo dopo ogni decesso l'andamento del parametro. Oltre ai casi noti è importante conoscere anche i decessi di neonati figli di madri residenti in provincia, ma nati fuori provincia. Gli Uffici regionali dell'ISTAT possono fornire questi dati, presenti nelle schede di morti a meno di 12 mesi. Solo da un'analisi dettagliata dei decessi (cause, peso neonatale, ecc.) il responsabile dell'assistenza neonatale può capire meglio i suoi dati assoluti. Nel *Supplemento RIP* citato, a pagina 18, si faceva l'esempio dei 29 decessi di neonati trentini del 1992: 11 di questi erano di peso inferiore a 750 g e 10 erano gravi malformati.

Oltre ai problemi specifici di ogni zona (socio-economici, storici), su cui poco i servizi sanitari possono fare, vi sono quelli organizzativi che sono sotto il nostro controllo. Non sempre si lavora in modo dipartimentale con ruoli specifici (1°, 2°, 3° livello), con servizi di trasporto ben organizzati. In Italia muoiono, forse, più

Tabella 1. Dati internazionali di mortalità infantile

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Svezia	5,2	4,8	4,4	3,7	4,0	3,6
Giappone	4,5	4,4	4,3	4,2	3,8	3,7
Norvegia	5,9	5,0	5,3	4,0	4,0	4,1
Finlandia	5,2	4,4	4,7	3,9	4,0	4,2
Svizzera	6,4	6,2	5,1	5,0	4,7	4,5
Danimarca	6,5	5,6	5,5	5,1	5,7	4,7
Austria	7,5	6,5	6,3	5,1	5,1	4,7
Spagna	7,2	7,6	6,0	5,5	(4,7)	-
Germania	6,2	5,8	5,6	5,3	5,0	4,9
Olanda	6,3	6,3	5,6	5,5	5,7	5,0
Francia	6,5	6,2	5,9	4,9	4,9	5,1
Australia	6,9	6,1	5,9	5,7	5,8	5,3
Italia	8,2	7,4	6,5	6,1	6,0	5,5
Canada	6,1	6,3	6,2	6,1	5,6	-
Regno Unito	6,6	6,3	6,2	6,2	6,1	5,9
Rep. Ceca			-	7,7	6,0	5,9
Belgio	8,9	8,0	7,6	6,1	5,6	6,1
Irlanda	6,6	6,0	5,9	6,4	5,5	6,2
Nuova Zelanda	7,3	7,2	7,2	6,7	-	6,6
Grecia	8,6	8,5	8,3	7,9	(8,1)	(6,9)
Stati Uniti	8,5	8,3	8,0	7,6	7,3	7,2
Portogallo			-	7,5	6,9	8,4

() = dati provvisori

bambini per mancanza di organizzazione e comunicazione che per mancanza di formazione o di attrezzature.

Altro fattore importante da tenere sotto controllo è la quantità di risorse impegnate: numero di UTIN, di ostetrici e neonatologi, di attrezzature nel bacino di utenza. Quale è il "costo" per ogni neonato sopravvissuto? Per Trento lo abbiamo calcolato per gli anni 1992 e 1994 (*Il neonato trentino 1989-1993 e 1994-1996*).

E infine alla base del nostro controllo deve esserci sempre la conoscenza della "geografia" del bacino di utenza: vie di comunicazione tra punti nascita e UTIN, con almeno 5.000 nati per anno. ■

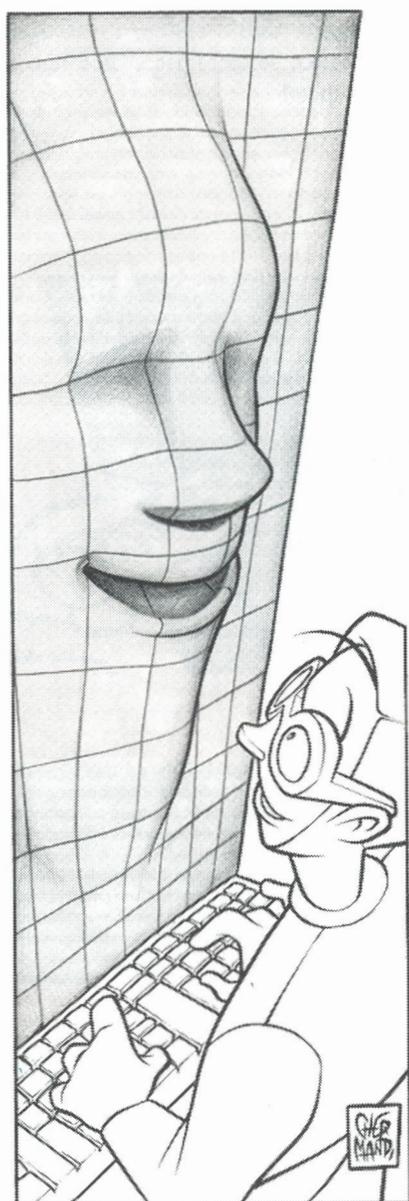


Tabella 2. Tassi di mortalità infantile per nati residenti, per regione (e alcune province - bacino di UTIN) ISTAT 1991-1996

	1991	1992	1993	media	1994	1995	1996	media
Piemonte	6,5	7,1	6,1	6,6	5,2	5,7	6,1	5,7
Torino	7,2	7,2	6,0	6,8	5,3	6,0	5,2	5,5
Val d'Aosta	4,0	6,9	3,2	4,7	4,9	5,0	4,4	4,8
Lombardia	6,7	6,2	5,2	6,0	5,0	4,6	4,3	4,6
Milano	7,7	6,8	5,7	7,1	5,4	4,2	4,3	4,6
Pavia	6,7	5,2	5,1	5,7	8,1	6,3	2,3	5,6
Mantova	4,7	5,2	7,5	5,8	4,5	7,4	7,1	6,3
Alto Adige	5,6	4,9	4,8	5,1	4,8	4,7	5,3	4,9
Trentino	4,4	6,2	3,8	4,8	4,9	5,0	3,5	4,5
Veneto	5,3	5,8	5,6	5,6	4,9	4,3	4,7	4,6
Vicenza	3,4	8,4	5,6	5,8	5,6	3,5	3,8	4,3
Verona	5,0	7,6	6,7	6,4	4,7	5,0	5,0	4,9
Friuli V.G.	5,0	5,3	3,9	4,7	3,3	3,9	3,8	3,7
Trieste	5,2	1,1	3,1	3,1	1,9	2,5	2,8	2,4
Udine	5,3	7,6	4,4	5,7	3,8	5,1	5,5	4,7
Liguria	6,3	7,0	6,4	6,6	5,7	5,4	5,0	5,4
Emilia R.	5,9	6,5	6,0	6,1	5,5	4,5	4,8	4,9
Bologna	5,8	5,8	5,9	5,8	5,5	5,0	4,7	5,1
Forlì-Cesena	5,0	6,5	6,7	6,1	4,9	2,5	5,0	5,1
Modena	6,8	7,1	5,3	6,4	4,8	6,6	6,4	5,9
Toscana	6,5	7,0	6,3	6,6	5,7	6,7	5,5	6,0
Siena	5,6	6,4	4,2	5,4	4,3	5,4	4,0	4,6
Firenze	5,5	5,6	7,9	6,3	6,3	6,3	4,1	5,6
Pisa	7,5	7,4	6,5	7,1	5,4	10,3	7,7	7,8
Umbria	8,4	6,4	6,1	7,0	4,9	5,6	4,7	5,1
Marche	6,4	5,7	5,0	5,7	6,7	6,2	5,1	6,0
Lazio	7,8	8,2	6,6	7,5	5,6	5,4	5,1	5,4
Roma	7,5	8,5	6,4	7,5	5,4	4,8	4,9	5,0
Abruzzo	8,6	10,4	7,6	8,9	8,7	6,8	8,1	7,9
Molise	10,5	9,1	6,1	8,6	6,9	6,2	5,9	6,3
Campania	10,7	9,5	9,2	9,8	8,8	7,3	7,1	7,7
Napoli	10,4	10,1	9,2	9,9	8,5	7,0	7,4	7,6
Salerno	13,0	11,3	9,9	11,4	9,0	8,2	6,5	7,9
Puglia	9,1	9,2	8,5	8,9	7,6	7,5	6,9	7,3
Bari	8,7	9,9	7,8	8,8	6,4	7,5	6,3	6,7
Taranto	11,6	10,4	8,2	10,1	11,6	7,2	7,1	8,6
Lecce	8,9	11,0	8,8	9,6	8,9	9,4	10,3	9,5
Basilicata	10,4	8,5	8,9	9,3	7,1	7,3	5,7	6,7
Potenza	11,3	9,2	8,6	9,7	7,3	7,7	6,3	7,1
Calabria	10,3	8,1	9,1	9,2	8,4	7,8	7,5	7,9
Cosenza	9,5	8,8	8,0	8,8	6,8	7,4	7,7	7,3
Catanzaro	9,3	9,8	9,5	9,5	9,2	8,3	6,8	8,1
Reggio C.	12,3	8,7	9,6	10,2	9,3	8,6	8,3	8,7
Sicilia	10,3	10,2	8,8	9,8	8,5	8,3	8,9	8,6
Palermo	9,1	9,3	8,9	9,1	6,1	8,3	6,8	7,1
Trapani	7,6	9,0	5,8	7,5	6,4	6,9	9,3	7,5
Catania	10,7	10,8	10,1	10,5	10,2	9,1	10,6	10,0
Messina	14,1	11,3	9,9	11,8	12,1	8,8	11,7	10,9
Sardegna	7,5	6,8	6,8	7,0	5,0	4,9	5,6	5,2
Sassari	7,7	8,9	4,7	7,1	4,6	5,4	4,0	4,7
Cagliari	7,6	7,8	8,6	8,0	5,4	5,2	6,1	5,6
Italia	8,1	7,9	7,1	7,7	6,5	6,1	6,0	6,2

I conti della sanità del 1999

La relazione generale sulla situazione del paese e l'indagine multiscopo ISTAT del 1999 mostrano alcuni dati sui quali si possono fare delle riflessioni.

Il rapporto fra spesa pubblica e spesa privata rimane invariato nel 1999 rispetto al 1998: 5,7% del PIL la pubblica e 1,9% la privata. La parte pubblica è però nettamente diminuita rispetto al 1990, in quell'anno rappresentava il 78% del totale, ora rappresenta solo il 68%; la media europea è del 77,3%, mentre gli USA sono saliti dal 36,4% del 1970 al 44,7% del 1998.

La spesa privata può suddividersi nelle varie branche assistenziali. Osserviamo che nel settore ospedaliero il "privato esclusivo" è molto contenuto e pari al 2% del totale dei ricoveri. È però fortemente aumentato dal 1998 al 1999, passando da una spesa di 12.872 MLD a 14.776 MLD, mentre l'incremento della spesa pubblica ospedaliera è stato del tutto trascurabile e riferibile quasi esclusivamente all'acquisto di beni e servizi. Il Bollettino ISTAT del febbraio 2000 stima, del resto, che già nel 1998 c'è stato un aumento del 9% dei ricoveri in convenzione contro una riduzione dei ricoveri totali dell'1,5% circa (ma le regioni del mezzogiorno hanno registrato un aumento del 2% dei ricoveri). Le regioni che hanno registrato i maggiori aumenti di spesa negli ultimi due anni per le case di cura convenzionate sono il Piemonte, la Lombardia, la Campania, la Puglia.

Sempre sul piano del privato è fortemente aumentata anche la spesa per la specialistica ambulatoriale esterna, dai 1961 MLD del 1998 ai 2.591 MLD del 1999, e la farmaceutica, dai 13.541 MLD del 1998 ai 14.373 MLD del 1999.

Un contributo alla comprensione dei fenomeni è dato dall'indagine multiscopo che pone a confronto due anni, il 1994 ed il 1999; i valori sono derivati da rilievi fatti nel settembre 1999 e si riferiscono all'assistenza richiesta dal campione di cittadini nel mese precedente. Le visite specialistiche a totale carico del cittadino sono aumentate dal 52,2% del 1994 al 59,4% del 1999. La **tabella 1** riporta i dati delle visite spe-

cialistiche e degli accertamenti diagnostici a pagamento dei bambini.

Essi rappresentano i valori più alti per qualsiasi età per le visite specialistiche a pagamento, sono fra i più alti per gli esami; testimoniano come sia alto il ricorso al privato (ovviamente per qualsiasi specialità) nelle età pediatriche e come sia notevole il numero di esami effettuati ai bambini. Accorpendo i dati di tutte le età, si rileva che vi è stato sia un aumento del numero di pazienti che si sono sottoposte a visite specialistiche (a pagamento o a carico del SSN), 20% dal 1994 al 1999, sia un aumento del numero di soggetti che si sono sottoposti ad esami, 23%.

Il numero medio pro capite di esami è invece diminuito (da 1,71 a 1,58), così come il numero di visite pro capite (da 1,89 a 1,72). Il reddito sembra non influire sulla probabilità di effettuare visite o esami, mentre conta il titolo di studio.

Costa molto o costa poco il SSN italiano? È un'antica *querelle*. Secondo la relazione generale economica del paese, nel 1999 la spesa privata italiana è ammontata al 25% della spesa totale (*Quaderni acp 2000; 4:14*) che è stata pari al 7,6% del PIL. In Europa la spesa statale italiana (5,7% del PIL) è la più bassa dei Paesi della CEE, se si escludono Spagna e Portogallo. Quindi spendiamo poco.

Se poi calcoliamo il costo della spesa sanitaria rispetto alla spesa pubblica totale (*Sole 24 Ore - Sanità, 25-31 luglio 2000*) si hanno i valori della **tabella 2**.

Sembra chiaro, quindi, che il maggiore indebitamento pubblico (il salto massimo è avvenuto fra il 1979 ed il 1983 con un

passaggio fra il 40% ed 55% del PIL) non è stato causato dalla spesa sanitaria ma da altri tipi di spesa. La spesa pubblica, peraltro, negli anni dal 1993 (punto di massimo livello) al 1997 si è ridotta di nove punti percentuali.

Pur tenendo conto che, trattandosi di rapporti percentuali, ad ogni aumento della spesa pubblica la costanza della percentuale dedicata alla spesa sanitaria ha comportato di per sé un consumo maggiore di fondi, deve almeno essere rimarcato che la sanità non ha contribuito più di altri settori al debito pubblico.

In realtà tutto questo lavorare attorno ai dati della "spesa" è come macinare acqua: infatti, bisognerebbe finalmente ragionare non sul monitoraggio della spesa, ma sul monitoraggio dell'assistenza effettivamente erogata, su che cosa si fa e non su quanto si spende.

red.

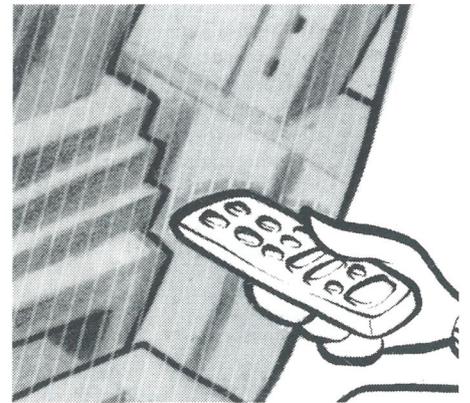


Tabella 1.

Età	0-5 anni	6-14 anni
N° visite a pieno pagamento ogni 100 (anno 1994)	37,5	67,5
N° visite a pieno pagamento ogni 100 anno (1999)	43,4	72,9
N° esami a pieno pagamento ogni 100 anno (1994)	22,3	33,6
N° esami a pieno pagamento ogni 100 anno (1999)	15,4	30,7

Tabella 2.

	1961	1993	1997
Percentuale spesa sanitaria totale/spesa pubblica (%)	11,1	10,5	10,5
Spesa pubblica/PIL (%)	27,7	59,3	50,5

Documento comune dei pediatri italiani su QT e SIDS

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 33

ACP, FIMP, SIP

Al congresso di Vicenza dell'ACP è stato approvato un documento sullo screening "proclamato" dal Ministro della Sanità in merito all'identificazione dei neonati con QT lungo che identifica una parte di neonati a rischio teorico di SIDS. Come indicato dal congresso il documento è stato successivamente portato alla discussione anche di SIP e FIMP e si è raggiunto un accordo sul contenuto. Il documento è perciò diventato comune alle tre associazioni. Si veda anche la nota di p. 12.

I pediatri italiani, rappresentati dalla Società Italiana di Pediatria, dalla Federazione Italiana Medici Pediatri e dall'Associazione Culturale Pediatri, esaminato il comunicato n. 237 dell'Ufficio Stampa del Ministero della Sanità, avente per oggetto "Elettrocardiogramma gratis nel primo mese di vita":

- accolgono con soddisfazione l'attenzione che il Ministero ha deciso di dedicare al problema della morte improvvisa del lattante (SIDS), tra le prime cause di morte, nei paesi sviluppati, tra 1 mese ed 1 anno di vita;
- auspicano che siano date indicazioni da parte del Ministero affinché siano prontamente messe in atto le misure riconosciute efficaci dalla letteratura scientifica per la prevenzione della SIDS, quali evitare di mettere i bambini a dormire a pancia in giù o sul fianco (posizioni associate a più elevato rischio di morte rispetto alla posizione supina), non fumare durante la gravidanza, né alla presenza del bambino dopo la sua nascita, assicurare condizioni ambientali ottimali, evitando il surriscaldamento, le coperte troppo soffici, i cuscini, ecc. Tali misure, realizzate anche solo parzialmente in paesi quali USA, Australia, Norvegia e Olanda hanno ridotto in pochi anni di oltre il 50%, la mortalità per SIDS;
- non approvano l'introduzione dell'elettrocardiogramma eseguito routinariamente come *screening* a tutti i nuovi nati, ritenendo insufficienti le evidenze scientifiche a favore di tale pratica e in considerazione del rapporto costi benefici non favorevole.

A sostegno di quest'ultimo punto, va, infatti, notato come, nonostante l'indubbio interesse per gli aspetti etiopatogenetici, dello studio di *Schwartz e coll.*, restino aperti vari problemi: - stando ai dati del lavoro di Schwartz, la metà dei bambini deceduti per SIDS avevano un test negativo (tempo QT normale all'esame elettrocardiografico). Un'applicazione del test

a tutti i nuovi nati comporterebbe dunque che il 50% dei bambini candidati alla SIDS non sarebbero scoperti allo *screening* e dunque resterebbero a rischio di SIDS nonostante l'esito normale dell'elettrocardiogramma;

- in caso invece d'esito alterato del test (tempo QT allungato oltre i limiti indicati da Schwartz), soltanto 1 su circa 70 di questi casi rischierebbe veramente la SIDS, mentre gli altri sarebbero solo dei "falsi positivi", come si usa dire in gergo tecnico, cioè soggetti in cui si genererebbe un falso allarme, per il quale essi sarebbero sottoposti a terapie ed interventi;
- non esistono, a tutt'oggi, prove dell'efficacia e della sicurezza di trattamenti farmacologici in grado di prevenire la SIDS.

In conclusione, i pediatri si augurano che:

- i provvedimenti dimostratamente utili e necessari siano appropriatamente promossi come d'altronde consigliato dalla stessa "Associazione Genitori dei Bambini SIDS";
- eventuali nuovi programmi di *screening* di massa siano introdotti solo sulla base di un'evidenza di validità da parte della letteratura internazionale che a tutt'oggi manca (si vedano, a questo proposito, le numerose obiezioni metodologiche alla proposta di Schwartz, pubblicate su *Pediatrics* nel 1998).

L'introduzione di manovre diagnostiche di *screening* di massa rischia di non portare il nostro paese all'avanguardia, ma piuttosto di farlo retrocedere nella considerazione della comunità scientifica internazionale, oltre che di ingenerare ansie nelle famiglie e costi per il Sistema Sanitario Nazionale, non controbilanciati da reali vantaggi. ■

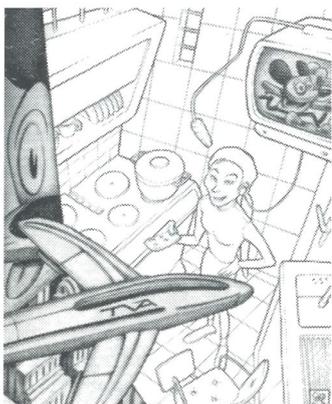
dott. Nicola D'Andrea (ACP)
dott. Sandro Angeloni (FIMP)
prof. Franco Tancredi (SIP)



Non sono un pediatra, ma questa rivista mi aiuta

Mi sento in dovere di scrivervi con le più vive congratulazioni per l'iniziativa politico-culturale proposta da *Quaderni acp*. Sono un'insegnante di Avellino in pensione da pochi mesi; sono laureata in pedagogia con tesi di laurea in Psicologia dell'età evolutiva e, per l'esperienza acquisita negli anni di insegnamento, ho avuto l'opportunità di mantenere un continuo contatto con i minori, in qualità di educatore-pedagogista in un progetto di prevenzione socio-educativa (legge 285/97) e poi essendo stata nominata dal difensore civico della regione Campania tutore pubblico dei minori. Ritengo che una gratificante opportunità per me sia stata la lettura e la consultazione della vostra rivista che giunge ad una delle mie figlie, specializzanda in pediatria. Apprezzo molto gli argomenti di riflessione etico-scientifica che alimentano la mia curiosità; mi sono risultati utili i progetti educativi da cui ho ricavato idee e spunti per la formulazione di proposte, realizzate, in collaborazione alle componenti istituzionali, con i minori nel territorio in cui opero. Grande successo ha riscosso il progetto "Muoversi senza motore" che ho realizzato nei comuni ricostruiti dopo il terremoto del 1980, le cui strade e piazze risultavano sconosciute agli abitanti stessi. Sono certa che potrò ancora usufruire dei suggerimenti e delle iniziative di *Quaderni acp* e che mi sarà data la possibilità di collaborare in modo attivo e propositivo.

Carmela Anna Manzione



Fa sempre piacere sapere che sottraiamo non inutilmente tempo alla professione, alla famiglia, allo svago.

Una singolare esperienza

Vorrei condividere con voi tutti la notizia dello svezzamento definitivo di mio figlio Adriano. Per coloro che non conoscono gli antecedenti chiarisco che stavo allattando contemporaneamente i miei tre figli. Per me è stata un'esperienza molto importante che sono felice di aver goduto, sebbene, com'è naturale, ci siano stati sia momenti buoni sia meno buoni. Alcuni mesi fa, in uno di questi momenti meno buoni, mi son rifiutata di dare il seno ad Adriano e gli ho detto che non me la sentivo di continuare, che mi sentivo esausta, che non ne avevo voglia e che, alla fine, era giunto il momento di smettere. Più tardi, con l'animo più tranquillo, siamo tornati a parlare dell'argomento; gli ho esposto le mie ragioni e lui mi ha risposto: "Mamma, vorrei continuare ancora un po', ho paura di dimenticarme il sapore. Non potremmo continuare? In ogni modo, avevo già pensato di smettere di succhiare la tetta il giorno del mio compleanno, e non manca molto. Smetterò al momento di compiere 6 anni". Dopo questa conversazione abbiamo deciso di continuare; avrei tentato di dargli ancora un po' di seno alla notte, prima di dormire, sempre che mi fosse possibile e con la promessa che non avrebbe insistito troppo fino a rendermi nervosa.

I quasi tre mesi di allattamento al seno che sono seguiti a questa conversazione sono stati un periodo felice. Eravamo ambedue molto rilassati, le occasioni in cui potevo dargli il seno avevano un sapore speciale, abbondavano gli sguardi, i sorrisi, le carezze; sembrava che i sentimenti che avevano generato la crisi fossero svaniti fino a diventare irreali. Io mi sentivo bene, l'argomento svezzamento perse importanza e avrei potuto continuare così per lungo tempo.

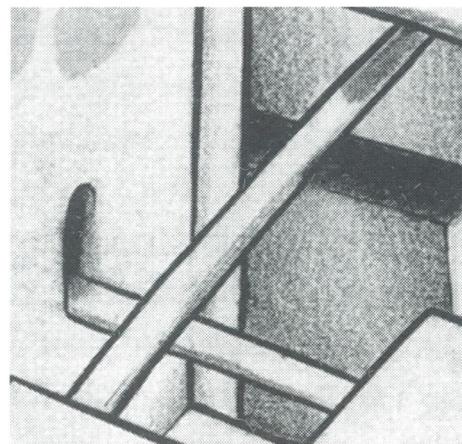
Finalmente, il 13 agosto scorso, arrivò il giorno del compleanno. La notte precedente Adriano mi disse: "Mamma, oggi vorrei la tetta come sempre".

Tuttavia, il giorno seguente, quando era già stanco ed aveva sonno, mi disse: "Mamma, vorrei dormire. Mi accompagni?" e se ne andò tranquillo al suo letto. Lo coprii, lo baciai, gli augurai la buona notte e me ne andai. Non ha più chiesto la tetta. Devo dire che questo svezzamento è risultato un'esperienza positiva tanto quanto l'allattamento. Adriano è molto affettuoso, con me e con i fratelli, in particolare il più piccolo, dà e chiede molto contatto, molti abbracci e gli piace appoggiare tranquillamente il suo capo sulla pancia; a volte mi accarezza il seno e lo bacia, però non è tornato a chiedere la tetta e sto cominciando a notare altri sottili cambiamenti. Quando, tempo fa, avevo deciso di lasciare che mio figlio si svezzasse da solo non immaginavo che sarebbe passato tanto tempo e che nel frattempo si sarebbero aggiunti altri figli. Non mi pento per nulla di questa mia decisione; adesso guardo gli altri due miei figli, Arnau di 3 anni e Oriol di 10 mesi, e mi chiedo come sarà con loro.

Eulàlia Torres i Ribas

L'esperienza che pubblichiamo è molto lontana dalle abitudini del nostro popolo di oggi, ma è sufficiente essere vissuti nella prima metà del secolo per ricordarsene di simili.

Del resto questa lettera non viene da terre lontane, ma da una nazione europea che oramai ci tallona e sta per superarci nello sviluppo economico, la Spagna.





Norme ISO

Non posso non essere d'accordo con la vostra valutazione (*Quaderni acp* 2000; 1:15) delle norme ISO 9000 in sanità; esse fanno parte della vigente commercializzazione dell'assistenza, spesso contrabbandata come ricerca dell'efficienza, cui abbiamo assistito negli ultimi anni.

In tutto questo c'è una palese contraddizione fra il piano di solidarietà per la salute (così si chiama il PSN firmato dal ministro Bindi) e questi aspetti di tipo francamente commerciale che caratterizzano - in verità molto superficialmente - la sanità in Italia. Va anche detto che vi è nelle regioni italiane una specie di corsa all'applicazione locale delle norme ISO, come se questo fosse una specie di targhetta di efficienza, avuta la quale i direttori generali sono a posto con la coscienza e con l'assessorato regionale di competenza. Questo succede allo stesso modo in Regioni governate dal Polo e dalla sinistra, sicché non è dato neppure pensare che abbia una qualche coloritura politica; sembra essere solo una ricerca per stare alla moda o qualcosa del genere.

Franco Romanelli

In verità l'enfasi (commerciale) sulle norme ISO 9000, che sono un lucroso prodotto da vendere, è grande. Ma come stanno in verità le cose?

Ci riferiamo alla valutazione fatta di recente del dr. Franceschetti (Sole 24 Ore - Sanità 30-5/5-6/00) che è direttore generale della Bvqi-Italia, cioè di un'azienda che si occupa di strumentazione valutativa e che ha riassunto (trionfisticamente, ma non del tutto a ragione!) lo stato attuale dell'accreditamento con le norme ISO. Emerge che le strutture accreditate con le ISO sono di fatto strutture non cliniche. Controllando i dati esposti da Franceschetti si scopre che su 141 strutture accreditate con le norme ISO la U.O. clinica è solo una: precisamente una U.O. di Ginecologia nella Regione Lombardia. Un po' poco per concludere, come fa Franceschetti, che ormai per tutte le attività assistenziali sono di fatto utilizzabili le norme ISO.

Per tornare ai numeri, le altre strutture certificate in tutto il paese sono le seguenti:

Laboratori	64
Servizi di telemedicina	9
Servizi ambulatoriali	6
Servizi trasfusionali	4
Servizi tecnici	4
Servizi di dialisi	2

Sono elencati anche quindici servizi di riabilitazione, ma una nota fa pensare che l'accreditamento sia relativo alla funzione generale, cioè alle modalità di prenotazione.

Non siamo quindi lontano da quanto avevamo scritto: le norme ISO possano riguardare solo la qualità organizzativa e magari gestionale (citavamo i laboratori) e non la qualità professionale dei servizi e tanto meno la qualità per l'utente che entra in contatto con le strutture.

I fatti non ci stanno dando torto.

Si veda anche a p. 19

Malastampa

Un titolo su *La Stampa* del 31 luglio 2000 annuncia: "Scoperta la causa della morte nella culla". Il testo dell'articolo chiarisce che ora finalmente si sa come muoiono 500 neonati ogni anno, mentre prima la causa della morte di questi 500 neonati era completamente ignota e quindi la prevenzione non si poteva fare. La causa è dovuta, dunque, alla presenza di un gene



chiamato *Scnsa*. In verità il gene è correlato alla presenza del QT lungo (e non della SIDS) e quindi il rapporto fra il gene e la morte è piuttosto lasso, ma tant'è. Da martedì 1 agosto i lettori de *La Stampa*, che sono anche genitori dei bambini con meno di un anno di età, vorranno sapere dal loro pediatra di libera scelta se i loro figli sono *Scnsa-positivi*.

Lettera firmata

Il nostro interlocutore si riferisce ad un articolo pubblicato su The New England Journal of Medicine del 27 luglio 2000 dal titolo "A Molecular Link between the Sudden Infant Death Syndrome and the Long-QT Syndrome" il quale naturalmente dava una esposizione corretta del problema indagato.

Continuiamo volentieri a raccogliere le malestampe (avevamo scritto le c...ate della stampa). Un medico ospedaliero emiliano-romagnolo ci ha scritto che le puerpere alla dimissione dal nido dopo quel fatale articolo chiedono se il loro figlio ha il qt lungo... o no.

Vedete, anche su questo numero, a p. 33 il documento ACP, FIMP, SIP sulla decisione di Veronesi di attuare lo screening del QT.

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.

Corso su "Maltrattamento e Abuso"

L'ACP di Milano e Provincia ha organizzato un corso di formazione su "Maltrattamento e abuso all'infanzia", al quale hanno partecipato quaranta pediatri di Milano e provincia. Il Corso è stato organizzato con l'équipe "Tutela del minore" della ASL MI 3 (Monza). In collaborazione con questo servizio, lo scorso anno si sono svolti due incontri preliminari di sensibilizzazione al problema, rivolti a tutti i pediatri di base della zona. Il corso di formazione si è svolto in quattro giornate, durante le quali sono stati trattati i seguenti argomenti: la rilevazione clinico-diagnostica nel sospetto di abuso sessuale (dr. Maggioni, dr. Bruni) e in presenza di lesioni cutanee sospette per maltrattamento fisico (prof. Gelmetti); la lettura dei segni radiologici suggestivi (prof. Bellini). Sono stati previsti inoltre due momenti di confronto con gli operatori di riferimento dell'équipe, riguardanti in particolare il modello e il percorso di segnalazione; si sono infine discusse le modalità di coordinamento dei servizi coinvolti localmente. Il corso si è concluso nel mese di settembre.

m.f. s.

Moncalieri: genitorialità nel primo anno

Si è svolta a Moncalieri il 25 novembre 2000 una giornata di confronto tra esperienze di gruppi multidisciplinari di supporto per coppie di genitori in un percorso di crescita e di maturazione relazionale ed affettiva insieme al loro bambino. Nel campo della prevenzione primaria la genitorialità suscita interesse crescente. È sembrato importante un confronto tra quanti hanno sviluppato esperienze in questo campo. Il Centro per la Salute del Bambino ed il Dipartimento Materno-Infantile dell'ASL 8 di Moncalieri (TO) hanno organizzato il seminario. Le finalità principali sono state: *consentire una conoscenza reciproca e un confronto sui contenuti e sui modi dell'offerta dei servizi ai genitori di bambini nel primo anno di vita ed individuare alcuni temi specifici su cui avviare*

una ricerca comune intesa a identificare modalità attraverso cui rendere accessibile il servizio ai genitori che si trovano in condizioni di svantaggio culturale e sociale. L'iscrizione era gratuita.

m.f. s.

Attività dei gruppi ACP 1999-2000

Anche quest'anno l'appuntamento annuale dei gruppi ACP si è tenuto durante il Congresso nazionale. La relazione sulle attività svolte nel periodo 1999-2000 a livello locale è stata inviata da 20 dei 37 gruppi iscritti all'ACP. L'attività che più impegna e caratterizza i gruppi è costituita in massima parte dalla formazione e le modalità di svolgimento vengono scelte secondo le esigenze dei costituenti del gruppo. Si tratta soprattutto di discussione tra pari, di incontri con *tutor*, di discussione di casi clinici e del *Journal Club*.

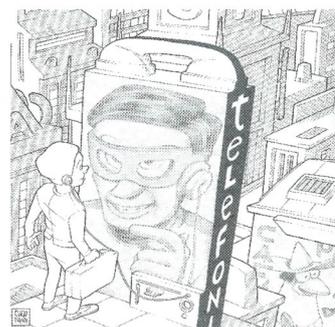
Alcuni gruppi hanno avuto per i loro corsi di formazione il riconoscimento dalla FNOMCeO e hanno cominciato a sperimentare l'assegnazione dei crediti. Alcuni soci sono stati chiamati dalle aziende a svolgere corsi per animatori o corsi di formazione obbligatoria. Per quanto riguarda le attività, quasi tutti i gruppi locali hanno riconosciuto la necessità di rendere più efficace ed incisiva nel proprio territorio la cultura "acipina" del prendersi cura del bambino: questo ha determinato l'esigenza di apertura dei gruppi sia ad altri pediatri che ad operatori non pediatri che si occupano di salute del bambino (vedi neuropsichiatri, operatori socio-sanitari, insegnanti, società sportive, gruppi di appoggio ad extracomunitari e, per i gruppi regionali, i referenti istituzionali). Le attività di ricerca hanno riguardato sia la stesura e l'implementazione di protocolli diagnostico-terapeutici, sia la partecipazione al progetto nazionale di sorveglianza epidemiologica (SPES).

Numerosi gruppi sono coinvolti nel progetto "Farmaci essenziali in pediatria ambulatoriale" promosso da Occhio Clinico Pediatria e dalla UTET e coordinato per l'ACP dal gruppo di Verona; Francesco Raimo ha relazionato sul percorso fin qui

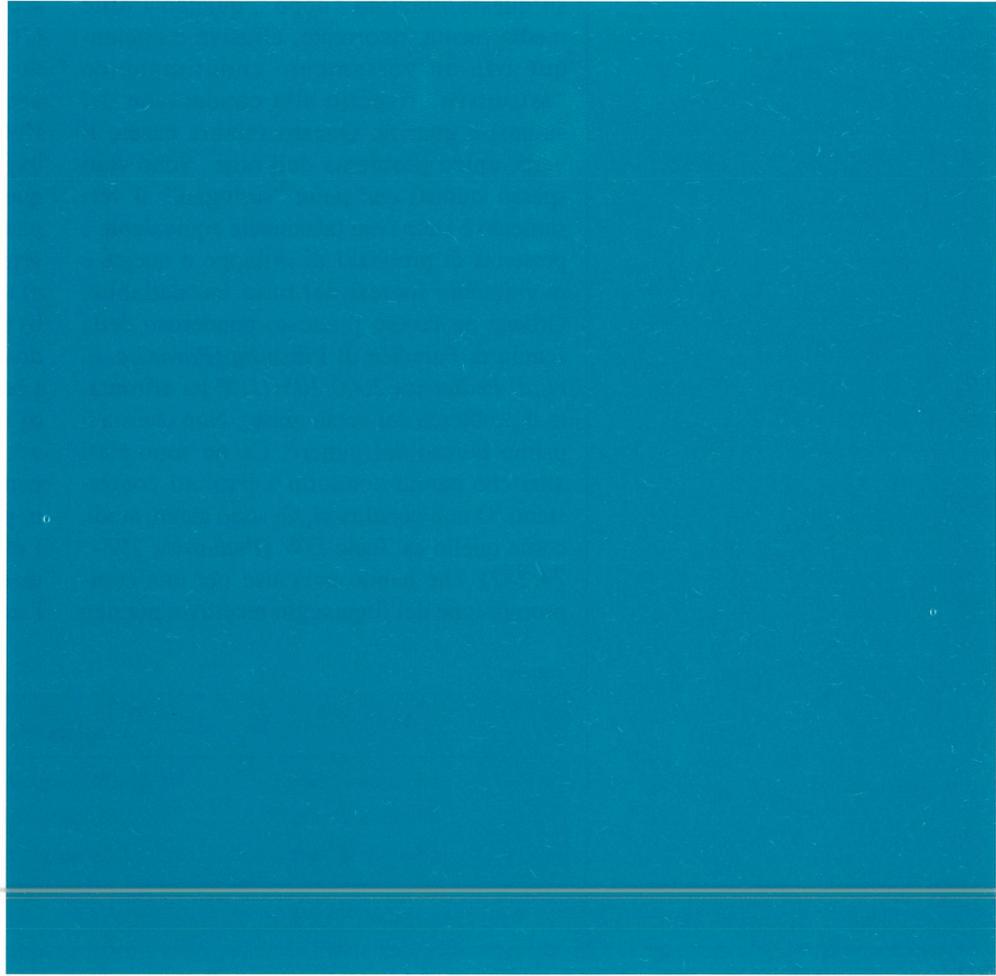
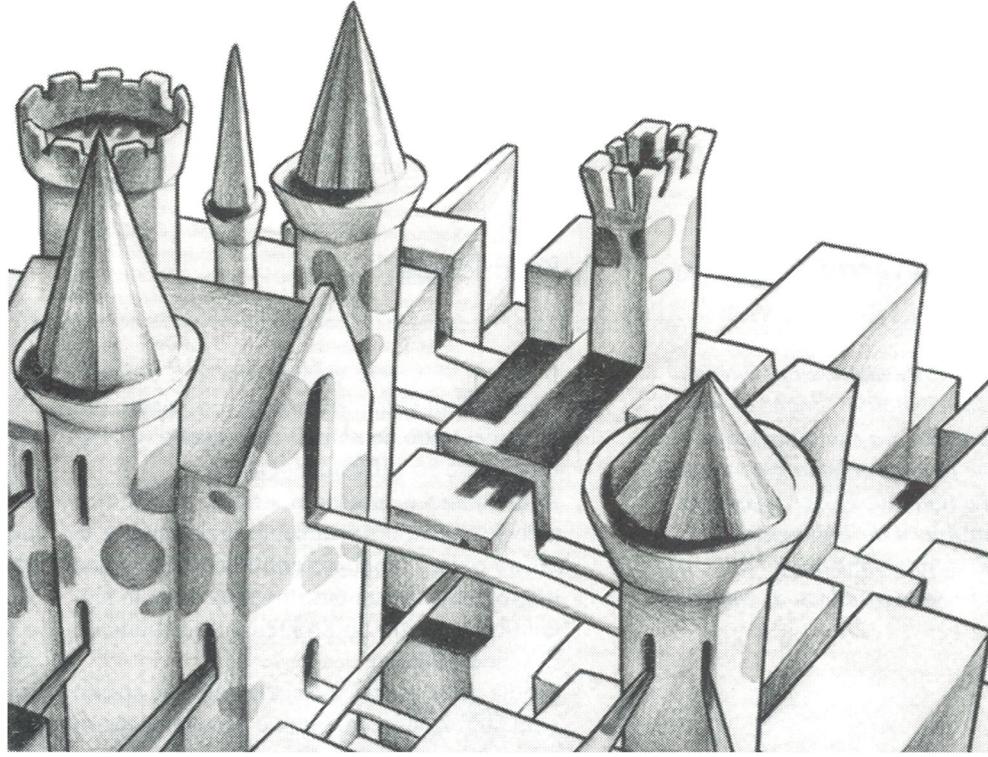
svolto. La sessione dedicata all'attività dei gruppi è stata seguita da un buon numero di partecipanti ed è consistita nella presentazione di relazioni e ricerche, alle quali ha fatto seguito una discussione vivace. Roberto Bussi ha fatto il punto dell'attività del gruppo di Padova, uno dei più "anziani" e attivi. La sua relazione ha evidenziato quelle luci ed ombre che sono comuni a molti gruppi locali, come abbiamo ascoltato anche dagli interventi da parte dei presenti in sala, e cioè la difficoltà a coinvolgere nelle attività i soci e i più giovani, la necessità di una maggiore verifica del nostro operare e una scarsa propensione alla ricerca soprattutto nella fase di formulazione dei protocolli. I gruppi di più recente costituzione chiedono invece una maggiore "vicinanza" da parte dell'ACP nazionale. Sergio Conti Nibali ha presentato il progetto di ricerca nazionale, sostenuta dall'ACP e dal CSB, "Studio collaborativo di verifica dell'applicabilità di linee-guida in pediatria ambulatoriale": in particolare l'otite media acuta (OMA), cui in atto hanno aderito 14 gruppi locali. Ancora: Laura Mauri per l'ACPM (Alla ricerca dei celiaci ignoti); Chiara Cuoghi per l'ApeC (Prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia-Romagna); M. Paccin (Osservatorio sul disagio minorile e giovanile nell'U.L.S.S. 6 Vicenza); ACP Jacopo da Ponte (progetto "Muoversi senza motore"); l'ACP di Brescia (Studio prospettico randomizzato sulla rinosinusite acuta nel bambino ambulatoriale).

I gruppi sembrano dunque in "stato di buona salute". L'auspicio è di incrementare la promozione di attività e iniziative sia con questa rubrica che con la partecipazione al forum nell'ambito del congresso nazionale.

m.f. s.



ausili didattici



L'otite e il linguaggio

Quali rapporti?

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 38

Redazionale

L'otite media è un problema "di comunità" anche se non sembra. La sua guarigione ne fa un problema individuale. La non guarigione comporta problemi di linguaggio, di apprendimento, di ipoacusia; che sono problemi di comunità.

Il nostro "Leggere e fare", che è il *Journal Club* (JC) di *Quaderni acp*, si è occupato più volte del trattamento dell'otite media (OMA) e dell'otite con effusione (OME).

A qualcuno è sembrato strano; si tratta di piccole malattie tipicamente individuali e la nostra rivista vuole preferibilmente occuparsi di problemi comunitari. In verità sotto la piccola malattia sta un problema di comunità e di salute pubblica.

L'otite acuta guarisce da sola dato che spesso è una infezione virale, ma il problema che vi sta sotto è se la condizione, persistendo a lungo in una età di sviluppo del linguaggio e cognitivo, sia in grado di determinare effetti su queste funzioni "dopo", quando l'otite media (acuta, ricorrente, effusiva e comunque con un versamento endotimpanico "ostruttivo" rispetto alla conduzione del suono) è guarita. Questo sembra essere il vero, unico problema dell'otite. Sono stati spesso studiati *end point* "surrogati": il versamento è stato reso falsamente equivalente a presenza di problemi di sviluppo e questa è ovviamente ipotesi del tutto inaccettabile. Orbene un lavoro piuttosto ponderoso della scuola di Paradise di Pittsburg (*Paradise JL et al. Pediatrics 2000;105:1119*) ha affrontato il problema dal verso giusto. Non che sia il primo lavoro del genere. Ce ne sono stati altri che hanno condotto a risultati contrastanti. O non conclusivi. Ci sono alcuni studi, come quello di Teele DW (*Pediatrics 1984; 74:282*), che hanno concluso per una compromissione del linguaggio recettivo, ma non

di quello espressivo, come conseguenza dell'effusione. Purtroppo lo studio di Teele DW non era randomizzato ed investiva bambini del 1° anno e delle classi socioeconomiche alte. Altri studi conducono a conclusioni opposte: quello di Roberts JE (*Pediatrics 1986;78:423* e *J Speech Hear Disord 1988; 53:424*), che conteneva campioni piccoli (55 e 66 bambini) appartenenti a classi economiche povere, portava a concludere che nessuna era la conseguenza dell'effusione. Lo studio di Paradise si compone di più stadi ed arruola all'inizio 6.350 bambini socialmente equilibrati, monitorati in un periodo di 4-5 anni con controlli fin dal 2° mese e per 3 anni con otoscopia semplice, pneumatica e timpanometria. L'OMA, quando c'era, è stata trattata secondo le linee guida tradizionali e l'OME con antibiotici fissi fino al 1995; dopo il 1995 l'obbligatorietà per gli antibiotici è stata bypassata da una ragionevole elasticità. Di questi bambini quelli con effusione endotimpanica sono stati assegnati *random* a due gruppi:

- a) tubi endotimpanici subito;
- b) tubi endotimpanici dopo un congruo periodo di osservazione.

I bambini (241) che non cadevano nei criteri di randomizzazione, o i cui genitori non accettavano l'intervento, entravano a fare parte di un altro gruppo. Venivano suddivisi in più sottogruppi a seconda della durata dell'effusione o della mono o bilateralità della medesima. Le metodologie del controllo dell'*outcome* erano le seguenti: audiometria, test

Tabella 1.

	monolaterale	bilaterale
Effusione 1° anno	21,3% dei giorni	11,2% dei giorni
Effusione 2° anno	15,5% dei giorni	7,4% dei giorni
Effusione 3° anno	10,7% dei giorni	4,8% dei giorni

di sviluppo, test di linguaggio percettivo ed espressivo, test di conversazione, di vocabolario, di grammatica. Ci occupiamo dei risultati dei 241 bambini che non hanno messo i tubi endotimpanici. Questi i dati, riportati nella tabella di p. 38, della durata dell'effusione endotimpanica (da otite acuta o effusiva). Purtroppo i test audiometrici sono stati eseguiti solo in 38 bambini dopo 8 settimane o più di effusione: la differenza è risultata significativa rispetto ai controlli a livello 0,001. Ma questo per l'obiettivo di misurare i risultati in termini di sviluppo non ha molto significato. I test di sviluppo e di conversazione sono stati eseguiti in 231 bambini. I risultati sono stati migliori fra quelli "senza" effusione rispetto a quelli "con", ma nessun test raggiunge significatività né in assoluto né collegato al trend dei più numerosi giorni con effusione. La significatività viene raggiunta se si isolano le famiglie con assistenza privata rispetto a quelle assistite dal Medicaid. Anzi le differenze erano "confinare" solo in questi gruppi; il che conferma le esperienze sopra citate di Teele DW che studiando bambini di classi socioeconomiche alte ritrovava queste alterazioni di sviluppo linguistico dopo effusione endotimpanica al contrario di Roberts JE che non le ritrovava nelle classi povere. Nessuna differenza dal lato cognitivo nella ricerca di Paradise. Quindi?

Ci sembra di potere concludere che vi sono moltissimi dubbi che la persistenza anche per lungo tempo della effusione endotimpanica conduca a difetti dello sviluppo della comprensione e della espressione del linguaggio.

Gli AA non discutono l'intrigante aspetto della presenza dei disturbi solo nei bambini "ricchi". Pare che le spiegazioni possano essere due. Prima: i bambini del Medicaid vanno più frequentemente dal medico perché non lo pagano. Sarebbe però che i bambini ricchi fossero sottoposti nella sperimentazione ad un controllo sanitario serrato che escluderebbe questa ipotesi. Seconda: i bambini "ricchi" hanno un ambiente familiare che li porta ad essere più avanti nello sviluppo e quando questo viene frenato lo dimostrano - rispetto al gruppo di confronto di altri ricchi - nel test di valutazione del linguaggio.

ASMA

Effetti del montelukast sulla riduzione della terapia steroidea

Obiettivi Recenti studi hanno mostrato che in pazienti il cui asma non è completamente controllato per mezzo dei corticosteroidi inalatori l'aggiunta di un secondo farmaco consente, meglio dell'aumento della dose dei corticosteroidi, un controllo più adeguato. Gli antagonisti dei recettori dei leucotrieni hanno effetti complementari ai corticosteroidi nell'infiammazione dell'asma, fornendo i presupposti per questi effetti clinici aggiuntivi.

Gli autori si propongono di verificare se il *montelukast* permette di diminuire il dosaggio dei corticosteroidi inalatori in adulti asmatici clinicamente stabili.

Setting La ricerca si svolge in 23 centri universitari o centri per la cura dell'asma degli Stati Uniti, Canada e Europa.

Metodi È uno studio clinico randomizzato a doppio cieco che confronta, in due gruppi paralleli, il *montelukast* con il placebo durante dodici settimane di terapia. Prima dell'avvio dello studio i pazienti sono stati testati per almeno sette settimane per portare la dose di corticosteroidi per via inalatoria alla quantità minima necessaria a mantenere una condizione di stabilità clinica. Sono stati inseriti nello studio 226 pazienti, di età media di 40 anni, con asma cronico clinicamente stabile, che ricevevano dosi medio-alte di corticosteroidi per

via inalatoria: 113 sono stati trattati in aggiunta con *montelukast* (1 compressa di 10 mg una volta al giorno, la sera) e 113 con placebo. Ogni due settimane la dose di corticosteroidi veniva abbassata, mantenuta uguale o aumentata in base a degli score che tenevano conto del valore del FEV₁, di uno score clinico e dell'uso di β agonisti. La principale misura di esito considerata è l'ultima dose di corticosteroidi per via inalatoria necessaria per mantenere la stabilità clinica ed è espressa come la riduzione in percentuale rispetto alla dose usata prima dell'avvio del trattamento sperimentale.



Risultati Il gruppo trattato con *montelukast* ha ridotto del 47% la dose di corticosteroidi, il gruppo controllo del 30%; differenza media 17,6% (IC al 95%: 0,3-34,8; p= 0,046).

Gli autori hanno anche confrontato i due gruppi su misure di esito secondarie: 45 (40%) del gruppo sperimentale e 33 (29%) del gruppo controllo hanno sospeso i corticosteroidi; 70 (62%) del gruppo sperimentale e 57 (50%) del gruppo controllo hanno dimezzato la dose di corticosteroidi; 31 (28%) in trattamento con *montelukast* e 41 (36%) in trattamento con placebo non sono riusciti ad abbassare per nulla la dose di corticosteroidi.

Conclusioni Gli autori, pur ammettendo che sono necessari studi con un *follow-up* più lungo per una maggiore comprensione dell'importanza clinica degli effetti del *montelukast* osservati nella loro ricerca, suggeriscono che il *montelukast* può essere utile per il



Number Needed to Treat

Il NNT indica il numero di pazienti che devono ricevere il trattamento sperimentale perché un paziente in più abbia un esito favorevole rispetto al gruppo di controllo.

Si calcola con la formula: $1/IAB$, dove IAB (Incremento Assoluto del Beneficio) è la differenza aritmetica delle frequenze di eventi nel gruppo sperimentale (FES, Frequenza Eventi Sperimentali) e nel gruppo controllo (FEC, Frequenza Eventi Controllo).

Prendiamo come esempio i pazienti che hanno potuto sospendere i corticosteroidi perché abbiamo tutto quello che ci serve per calcolare il NNT.

- 45 su 113 pazienti del gruppo dei trattati;

- 33 su 113 pazienti del gruppo controllo.

Possiamo procedere così:

a) Quanti pazienti hanno ricevuto il trattamento sperimentale (montelukast)? **113**

b) Quanti hanno avuto il beneficio preso in esame dal trattamento sperimentale? **45**

c) Esprimiamo i due dati precedenti in proporzione (B/A): 0,39 (FES) (NB: 39% è la % di successi nei trattati con montelukast).

d) Quanti pazienti hanno ricevuto il trattamento con placebo? **113**

e) Quanti hanno avuto lo stesso beneficio dal trattamento con placebo? **33**

f) Esprimiamo i due dati precedenti in proporzione (E/D): 0,29 (FEC) (NB: 29% è la % di successi nei trattati con placebo).

Per avere l'Incremento Assoluto del Beneficio (IAB) si sottrarrà la frequenza di beneficio nei trattati con placebo (FEC) (0,29) da quella nei trattati con montelukast (FES) (0,39) e si otterrà **0,10**. Quindi la differenza di beneficio ottenuta dal farmaco rispetto al placebo è del 10%. Siccome il NNT è l'inverso dell'IAB (1/IAB) nel nostro esempio sarà 1/0,10, cioè 10. Dovremo, dunque, trattare 10 soggetti con montelukast per ottenere che uno possa sospendere il corticosteroide per via inalatoria proprio grazie al montelukast. Gli altri nove non otterranno beneficio alcuno.

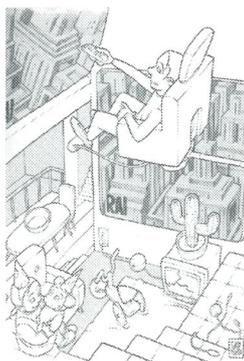
trattamento a lungo termine dei pazienti asmatici che sono trattati con dosi medio-alte di corticosteroidi per via inalatoria.

Commento Pubblichiamo questa recensione che riguarda gli adulti perché i RCT sul montelukast sono pochi. I risultati sono da prendere con prudenza (la differenza media fra la riduzione di dosaggio dei corticosteroidi nel gruppo montelukast e nel gruppo di controllo è 17,6% con un ampio intervallo di confidenza 0,3-34,8, che indica una oscillazione fra nessuna differenza e una differenza di un terzo della dose iniziale) e meritano ulteriori conferme. Come per ogni studio che si ponga l'obiettivo di valutare l'efficacia di un nuovo trattamento è fondamentale chiedersi quale sia il prezzo da pagare per ottenere un beneficio; **cioè quanti asmatici dovremo trattare perché uno di loro stia meglio tenendo conto che gli altri, non ottenendo benefici, rischiano solo gli effetti collaterali del farmaco.** In pratica per avere un'idea più precisa del farmaco nelle mani del medico bisognerebbe calcolare sempre il NNT (Number Needed to Treat). Proviamo allora a chiarire come possiamo calcolare noi da soli il NNT nel caso in cui (come in questo articolo) gli autori non ce lo forniscono; possiamo provare a calcolarlo sulla prima misura di esito secondaria. (vedi box a fianco)

Löfdahl CG et al. Randomised, placebo controlled trial of effect of a leukotriene receptor antagonist, montelukast, on tapering inhaled corticosteroids in asthmatic patients. *BMJ* 1999;319:87

Parole chiave Montelukast, Asma

s. c.n.



PRESENTAZIONE PODALICA

Meglio il cesareo

Obiettivi Il 4% dei parti avviene a termine per presentazione podalica. Precedenti lavori suggeriscono che per questi parti il cesareo è meglio che il parto vaginale, ma questi studi sono abbastanza criticati perché è mancata la randomizzazione nell'assegnare alle madri i differenti tipi di parto. Gli autori pertanto hanno eseguito un trial multicentrico randomizzato per confrontare i due diversi tipi di parto programmato (cesareo o vaginale) per gravidanze a termine con presentazione podalica.

Setting La ricerca si è svolta in 121 punti nascita di 26 paesi; nessuno di questi era in Italia.

Metodi Si tratta di uno studio randomizzato e controllato (si veda il **box 1** a pag. 41). Randomizzazione centralizzata all'Università di Toronto di 2.088 donne con un feto singolo in podalica con scelta fra parto vaginale e cesareo programmati. Il parto vaginale era espletato sempre da un ostetrico esperto. Madre e figlio erano seguite per sei settimane. Gli esiti studiati: mortalità perinatale, mortalità neonatale, morbidità neonatale importante, mortalità materna, morbidità materna importante. Analisi con *Intention To Treat*: ciò vuol dire che tutte le donne che sono state randomizzate dovevano essere obbligatoriamente incluse nell'analisi dei dati e si doveva fare tutto il possibile per evitare "perdite" nel follow-up. Il confronto fra i due gruppi è stato fatto con il test esatto di Fisher per l'analisi delle variabili categoriali.

Risultati Sono stati ottenuti dati da 2.083 donne su 2.088. Delle 1.041 assegnate random alla cesarizzazione ne sono state cesarizzate 941 (90,4%). Delle 1.042 assegnate al parto vaginale 591 (56,7%) hanno espletato effettivamente un parto vaginale; le altre hanno avuto altri tipi di parto per

indicazioni insorte in travaglio. L'analisi dei risultati viene comunque riferita al gruppo inizialmente randomizzato (rispettivamente 1.039 e 1.039) perché di 5 donne non fu assolutamente possibile avere notizie) obbedendo ai criteri dell'*Intention To Treat* (box 2). La mortalità perinatale e neonatale e la morbilità neonatale importante si sono rivelate significativamente più basse nel gruppo del cesareo programmato che in quello del parto vaginale: 17 su 1.039 (1,6%) vs 52 su 1.039 (5%) con un rischio relativo di 0,33 (IC 95%: 0,19-0,56; $p < 0,0001$). Nessuna differenza per mortalità e morbilità materna: 41 su 1.041 (3,9%) vs 33 su 1.042 (3,2%); $p = 0,35$. La mortalità neonatale e perinatale esaminate da sole erano significativamente diverse ($p = 0,01$).

La morbilità neonatale significativamente diversa riguarda traumi da parto, convulsioni, ipotonia neonatale, apgar < 7 a 5 min., necessità di ventilazione, ricovero in TI. I benefici del cesareo si sono rivelati più alti nei paesi con più bassi ($< 20/1.000$) tassi di mortalità perinatale.

Conclusioni In questa ricerca il cesareo programmato si è dimostrato preferibile al parto vaginale nella presentazione podalica per quello che riguarda il destino del neonato. Precedenti indagini sul tema erano aneddotiche e non randomizzate o

Box 2

Intention to treat

La ricerca applica il criterio dell'analisi secondo l'Intention To Treat (ITT) cioè l'intenzione di trattare. Nel caso particolare vi era stata "l'intenzione di trattare" i parti per metà con il taglio cesareo e per metà per via vaginale. In verità le cose non sono andate così perché circa il 43% dei parti programmati vaginali sono avvenuti diversamente; lo stesso per il 10% dei cesarei. L'esame viene fatto comunque analizzando i dati di tutte le pazienti assegnate ad ognuno dei due bracci di ricerca. Ciò si fa un vero e proprio "processo alle intenzioni" che ci si è proposto di adottare nel momento del disegno della ricerca più che tener conto di quanto è accaduto nel corso dello studio. Il significato preciso dell'ITT emerge meglio da altri possibili esempi. In un esperimento su un farmaco ed un placebo si possono perdere pazienti assegnati al gruppo del farmaco perché questi non vedono miglioramenti dal trattamento o perché il sapore del farmaco è cattivo; se questi pazienti vengono spostati al gruppo di controllo (che non ha preso il farmaco) si falsifica lo studio. Se nella valutazione finale non se ne tiene conto si rischia comunque di falsarlo perché si tratta di pazienti che in una situazione reale non avrebbero comunque successo dal trattamento. Essi quindi devono essere valutati nel braccio di ricerca cui sono stati assegnati. Attenzione! In un articolo si può trovare la frase "i risultati sono stati elaborati in base all'ITT", ma se non sono indicati i numeri non si può essere certi che ciò sia stato effettivamente fatto. Anzi si deve molto dubitarne perché è assai facile scrivere i numeri veri. A pensar male si fa peccato, ma ci si indovina. Il lavoro sopra recensito è al di sopra di ogni sospetto; i numeri li dà tutti e quindi si dimostra affidabile, ma se ci avesse dato solo i numeri dei cesarei (o dei vaginali) eseguiti e non dei programmati avremmo dovuto guardare il lavoro con diffidenza. In alcuni casi l'ITT non va usata: si tratta delle ricerche sulle analisi di efficacia (di farmaci per esempio: si tratta di ricerche in cui bisogna esaminare effettivamente solo i pazienti che il farmaco lo hanno preso), ma avremo occasione di parlarne.

troppo modeste riguardo al numero di donne esaminate.

Commento Una rimediazione sul ruolo del taglio cesareo è in atto. Certamente questo *trial* non risolve tutti i problemi e richiede anzi, per la sua importanza per milioni di donne, lo sviluppo di un *consensus* per chiarire definitivamente le indicazioni nel caso di presentazione podalica. Tanto più che noi, in Italia, con un basso tasso di mortalità stando ai risultati saremmo fra quelli che dall'uso del cesareo potremmo ottenere migliori vantaggi.

Hannah ME et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000;356:1375

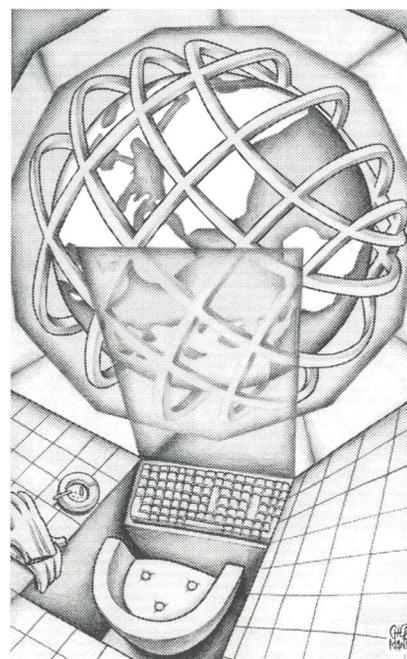
Parole chiave Taglio cesareo, Presentazione podalica

g.c. b.

Box 1

Studi randomizzati e controllati

Negli studi randomizzati e controllati (RCT significa Randomized Controlled Trial) i pazienti vengono assegnati in maniera casuale (Random in inglese vuol dire "a casaccio") ad un gruppo o ad un altro; si può usare veramente il lancio di una moneta, ma ci sono sistemi...più moderni. I due gruppi (di cui uno è il controllo dell'altro) vengono poi seguiti con gli stessi metodi per un periodo di tempo predeterminato ed analizzati in termini di risultati secondo parametri decisi nel momento del disegno dello studio. Sono utilizzati in genere per confrontare due farmaci o due trattamenti chirurgici, ecc.



Cellule staminali Lancet nota un overexcitement

Paolo Paolucci

U.O. di Pediatria, Ospedale "Casa Sollievo Sofferenza", San Giovanni Rotondo

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 42-44

Un buon editoriale di Lancet (capita spesso!) permette di chiarirci le idee sull'uso delle cellule staminali, embrionali e adulte.

Un editoriale di *The Lancet* della tarda estate (2000;356:693) dal titolo "Overexcitement on embryo stem cells" discuteva della liceità di utilizzare gli embrioni umani "avanzati", ovvero non più utilizzati in programmi di fecondazione in vitro, per i quali non esiste più la prospettiva di reimpianto in utero. Per la verità in Inghilterra e negli Stati Uniti la situazione è diversa in quanto s'intende creare ad hoc embrioni da utilizzare per specifici quesiti scientifici. Degli aspetti scientifici, etici, finanziari si stanno occupando varie commissioni di esperti e i rispettivi governi. In Italia il problema è stato sollevato dal Papa al recente congresso internazionale sui trapianti. L'editoriale di *The Lancet* è una buona occasione per capire visto che l'argomento è molto coinvolgente. L'editoriale risulta onesto, pacato ed equilibrato, condotto senza "sovraccitazione" alcuna.

Non altrettanto i commenti giornalistici con la loro generale e complessiva superficialità e impreparazione sull'argomento.

La soluzione di non buttare gli embrioni con "l'acqua sporca" e di utilizzarli per promuovere la scienza, per curare e salvare vite umane, sembra una proposta equilibrata dal punto di vista etico e convincente dal punto di vista scientifico. Ma chi ha pensato a come produrre - dopo - gli embrioni umani che dovessero rendersi necessari per completare gli esperimenti e per curare tutto e tutti, se si trovasse la via sperimentale adeguata per farlo?

Certo abbiamo embrioni in "eccesso" perché in eccesso se ne producono; si raggiunge il risultato di fare nascere otto gemelli; si comincia poi a scegliere l'embrione "migliore" rispetto ad altri che si buttano (non sono venuti bene!) e si organizza un trapianto di midollo per l'anemia di Fanconi. Tutte conquiste benefiche, ma ci siamo interrogati fino in fondo sul complessivo bilancio di

queste operazioni? Sul prezzo per tutti gli attori in scena e su chi "pagherà" il conto non solo economico? Non è angosciante che un genitore, non sia condotto a riflettere sul destino degli embrioni (i più) non utilizzati per la fecondazione e che il medico "procreatore" non suggerisca riflessioni su questo aspetto delle decisioni?

Non sarebbe stato più opportuno disporre di più ampia sperimentazione sugli animali, dove le condizioni sperimentali possono essere controllate più rigorosamente, anche rispetto al rischio di indurre parti plurigemellari ad altissimo rischio per la donna e per i neonati?

C'è la viva sensazione che un problema così grande sia stato affrontato e gestito malamente, in modo non scientifico, con leggerezza da qualunque parte lo si guardi.

The Lancet ci mette in guardia: un problema con profondi connotati e turbamenti di carattere etico per tutti noi, che abbiamo o meno la fede, è stato "scippato" da scienziati, politici e imprenditori della salute. Si è generato un grande conflitto, con il duplice rischio di favorire deleghe in bianco alla scienza o di creare profonde lacerazioni e fratture tra i paesi e nei paesi europei; nel nostro in particolare.

La situazione

Il problema esiste da circa venti anni; riguarda centinaia di migliaia d'embrioni congelati in varie parti del mondo a scopo riproduttivo. Difficile una stima esatta: in mancanza di regole ognuno ha potuto fare senza alcuna limitazione di numero. Che cosa rappresenti effettivamente un embrione congelato, al quale manca solo l'impianto in utero per esprimere la propria capacità di svilupparsi in un essere umano, è forse risposta facile se si pensa che tutti noi siamo stati un embrione fecondato, seppure nell'utero e non in pro-

Per corrispondenza:
Paolo Paolucci
E-mail: paoluccip@operapadrepio.it

vetta. A parere di molti, me compreso, parlare di pre-embrione, solo perché la scienza possa utilizzarlo per curare alcune rare e gravi malattie genetiche (Parkinson, Alzheimer, diabete, distrofia muscolare, sclerosi multipla, malattie mitocondriali), sembra un sofisma.

Tornando a noi, gli embrioni umani possono essere usati per clonare l'uomo intero o in parti; dipende solo dall'epoca dell'intervento di manipolazione genetica; questo deve essere chiaro.

È ragionevole auspicare che in questo campo non si ripetano gli errori compiuti per la fecondazione artificiale per "sovrecitazione" ed eccessiva fretta.

Le possibilità aperte sono infatti che, dopo la pecora Dolly (nucleo di cellula di ghiandola mammaria differenziata diploide di pecora inserita nell'ovocita maturo aploide privo di nucleo di un'altra pecora), possiamo clonare l'uomo, per intero o a pezzi, che addirittura la donna si può "autoclonare" (cellula qualsiasi differenziata in un proprio ovocita maturo).

Cloni e cellule staminali

Il patrimonio genetico deriva dal DNA del nucleo per il 99% e dal DNA mitocondriale per l'1%. Il clonaggio rappresenta un processo di riproduzione asessuale di un gruppo di cellule (cloni) geneticamente uguali, a partire da un singolo progenitore. I gemelli, tipico esempio di "clonaggio naturale", rappresentano due cloni, due embrioni dello stesso zigote, in analogia ai modelli lungamente studiati

negli anfibi. La cellula staminale emopoietica "pluripotente" (midollare, circolante, placentare) dà origine sia ad una progenie di precursori, dai quali deriveranno tutte le cellule del sangue (emazie, globuli bianchi e piastrine), sia ad una cellula gemella per automantenersi (clonarsi); da qui la totale innocuità della donazione di midollo per l'emopoiesi del donatore. Alla base di tutto sta l'effettiva enorme potenzialità clonale delle cellule staminali dell'embrione, tanto maggiore quanto più precocemente lo si manipola rispetto alla formazione dello zigote. Il risultato è lo stesso sia che si parli di embrione da "cloning" o di embrione ottenuto dalla divisione zigotica dopo fecondazione naturale o in vitro, ricordando che l'embrione è un organismo derivato da cellule diploidi umane.

I ricercatori classificano sei sorgenti di cellule staminali:

1. Embrioni precoci (blastocisti) creati per fecondazione in vitro e non utilizzati (*spare embryos*) o embrioni creati specificamente per ricerca.
2. Embrione creato dall'inserimento del nucleo di una cellula adulta in un ovocita deprivato del nucleo (sostituzione del nucleo cellulare o *cloning*).
3. Cellule germinali od organi di feti abortiti.
4. Cellule del sangue placentare prelevato alla nascita.
5. Cellule di alcuni tessuti adulti (midollo osseo).
6. Cellule di tessuti adulti maturi "riprogrammate" a comportarsi come cellule staminali.

Dell'isolamento di cellule staminali di embrione umano si è avuta notizia nel novembre del 1998: *John Gearhart* (Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora) ha utilizzato cellule germinali di feti abortiti, prelevate dalla regione che dà origine a testicoli ed ovaie. Sull'uso di queste cellule non c'è controversia. Infatti l'attuale controversia sta nella procedura da utilizzare, che parte da cellule non specializzate, ottenute per fecondazione, ovvero da uovo e sperma uniti per formare un embrione in una capsula di Petri. Come si ottengono le cellule staminali dall'embrione fecondato in vitro?

L'embrione si divide ripetutamente da

uno a cinque giorni dopo la fecondazione e assume la forma di una sfera detta blastocisti, composta di cellule non specializzate, capaci di ogni tipo di differenziazione (cellule staminali pluripotenti). Le cellule staminali embrionali sono rimosse dalla parte centrale della blastocisti dal quinto al settimo giorno.

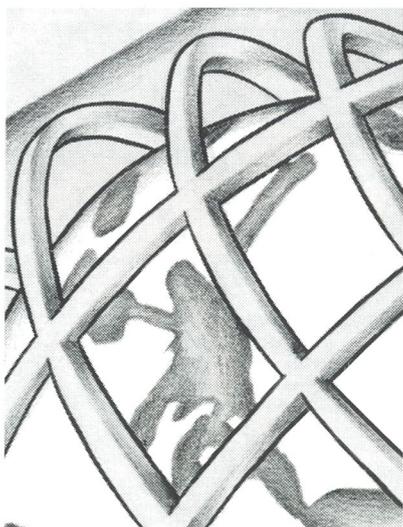
Dopo tale operazione l'embrione non può più svilupparsi a feto. Le cellule staminali sono fatte crescere in coltura idonea a farle differenziare in cellule e tessuti più specializzati. Queste cellule dunque nascondono mille destini, ma anche mille misteri relativamente al loro differenziamento lungo il percorso a tappe che da un'unica cellula porta a miliardi di cellule, via via sempre più diverse tra loro e capaci di svolgere funzioni sempre più diverse e complesse, ma tutte con la medesima copia di DNA originata dalla prima, fusa nell'incontro tra uno spermatozoo e un ovulo.

Su questo percorso intervengono geni attivatori e geni repressori per stimolare o inibire parti di DNA.

Le cellule sono dunque identiche tra loro dalla fecondazione al 14° giorno; l'embrione può essere visto come un grande complesso di cellule staminali, primordiali e "pluripotenti", capostipiti dei duecento e più tipi diversi di cellule che costituiscono il nostro organismo, molto attive, meglio coltivabili e manipolabili, più clonogeniche; poi si formano gruppi di cellule con piccole differenze tra loro, fino ad arrivare alle cellule mature e specializzate dei tessuti e degli organi.

Aspettative e alternative

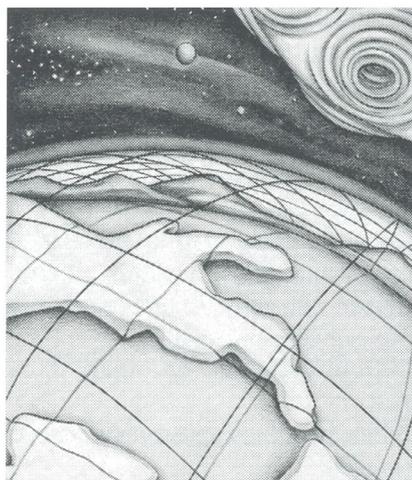
Studiando le tappe della differenziazione potremmo informarci sui geni di attivazione e di repressione, sul come agiscono, poi controllarne e modularne la funzione, stabilire e controllare i tempi e i modi dell'intero processo, fino a dotarci delle basi cellulari per la produzione dei nostri tessuti e organi "di ricambio"; apprendere il blocco degli eventi sbagliati, che presiedono all'insorgenza dei tumori e di altre malattie.



Pensiamo solo a un'applicazione relativa alle malattie metaboliche ereditarie, che per oltre il 50% sono dovute a difetti a carico del DNA mitocondriale materno. In teoria queste malattie potrebbero essere prevenute inserendo il nucleo dell'oocita di madre portatrice in un oocita di donatrice sana privato di nucleo, sottoponendolo successivamente a fecondazione in vitro con spermatozoi paterni, senza per altro realizzare alcun clonaggio riproduttivo. In sostanza il bambino avrebbe in tal modo il DNA nucleare materno ma non il DNA mitocondriale. Difficile sottrarsi al fascino dei report preliminari di questa avventura: cellule molto indifferenziate di embrione di sette giorni di vita dopo il *week-end* erano diventate un cluster pulsante di miocellule cardiache davanti agli occhi del ricercatore Pedersen. Si sa che queste cellule, per quanto dotate di minore spettro differenziativo, esistono anche in altri tessuti adulti (midollo osseo, tessuto nervoso, sangue placentare) ed è pertanto ragionevole pensare che la ricerca scientifica possa riuscire a svelare anche in questo campo un ampio arco di potenzialità, come nel caso delle cellule staminali di embrione. Difficile sottrarsi al fascino e alle speranze, ma anche alla cautela distinguendo ciò che è possibile da ciò che è giusto eticamente fare ed alla considerazione che comprendere un meccanismo della natura non genera obbligatoriamente soluzioni e terapie. Resta il problema di stabilire dove e come procurarsi gli embrioni necessari per fare ricerca in un campo di tali prospettive. È verosimile che, partendo da embrioni molto precoci ottenuti da interruzioni spontanee della gravidanza o da aborti, si possano costituire banche di cellule staminali embrionali successivamente in grado di differenziare in vitro in cellule più specializzate e tessuti, ma i punti da chiarire scientificamente ed eticamente sono ancora molto numerosi: se la fornitura di oociti sarà sufficiente per le applicazioni terapeutiche eventuali; dove e

come procurare gli ovociti; se le cellule e i tessuti ottenuti saranno normali o gravati da difetti di vario genere; se saranno sottoposti ai normali processi di "invecchiamento"; se saranno più o meno soggetti a sviluppare tumori; se le cellule riprogrammate innescheranno o meno processi di rigetto; se gli embrioni attualmente disponibili saranno sufficienti a rispondere a tutte queste e altre domande che sorgessero nel corso della sperimentazione.

Accanto a tanti entusiasmi, dunque, va riaffermato che c'è ancora un enorme spazio, non solo etico ma scientifico, da colmare, che ci sono a fianco altre strade, come la possibilità di impiego di organi prodotti da animali (suini) modificati geneticamente e resi biologicamente com-

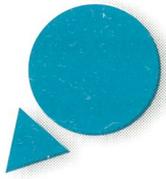


patibili per trapianto nell'uomo e la possibilità che la medicina bionica venga sempre più in soccorso alla salute umana. Non dimentichiamo, in proposito, quanto accaduto nel 1989 ad un ex atleta americano di cinquantadue anni colpito da morbo di Parkinson e sottoposti, come altri in Cina, al trapianto di cellule fetali per ripristinare i neuroni lesionati con nuovo tessuto neuronale fetale differenziato. Dopo due anni lo portò a morte una massa cerebrale costituita da cellule fetali migrate al cervello e successivamente differenziate in cellule cartilaginee, cute e annessi. Sarà anche opportuno chiedersi cosa e come sarà la vita dell'uomo ultracentenario, quando avessimo acquisito accesso illimitato alla "perfezione" biologica e alla possibilità illimitata di sostituire parti del nostro corpo.

Un'ironica conclusione

Ci si permetta di chiudere così: un tempo era molto più bello fare l'embrione. Si era desiderati, il più delle volte s'era unici e, generalmente, ti tenevano comunque fossi venuto (ogni scarrafone è bello a mamma sua). Oggi sta diventando tutto molto più difficile e c'è competizione. Ti puoi ritrovare a diventare embrione quando meno te lo aspetti, anonimo in mezzo a decine di altri, più o meno come te, dentro una provetta, immerso in azoto liquido a, 196°C, stando sempre attento, vigile e con le dita incrociate per cercare di essere pescato fuori dal congelatore, onde evitare nefaste conseguenze. Soprattutto si deve stare accorti per risultare al bisogno un embrione buono per te, ma non troppo perfetto per altri, perché altrimenti ti usano per dare il meglio di te a qualcun altro, che neppure conosci, e poi ti buttano. Infine, ed è la cosa più angosciante, se sopravvivi a tutto quel freddo e nell'inutile attesa che qualcosa di buono ti accada, dopo un po' di anni sei gettato via comunque, anche qualora si decidesse che, dato che non sei nulla e nessuno, puoi essere manipolato in vitro per il bene della scienza. ■





Bambini con
bisogni speciali

Ci sono fattori di rischio per il bambino ma anche fattori di protezione

Rita Semprini
Psicologa, Bologna

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 45-46

I fattori di rischio sono di moda in medicina e, spesso, anche nei Media. Di meno ci si occupa dei fattori di protezione sebbene la ricerca, in questo ambito, sia molto promettente e dimostri che sempre, in qualsiasi condizione e ad ogni età, è possibile intervenire in modo riparativo o preventivo. È possibile crescere sani in condizioni di svantaggio psicosociale. È un ambito di ricerca che i pediatri debbono conoscere.

Un discorso sui “fattori protettivi” nelle situazioni di rischio psicosociale è stato già avviato su questa rivista, nel numero di febbraio 2000, a proposito del ruolo della scuola come fattore protettivo nell’infanzia e nell’adolescenza. Sono propedeutiche alcune considerazioni di carattere generale che emergono dalla ricerca sul rischio psicosociale. La prima è che ciò che qualifica i bambini e le famiglie a rischio non è un singolo fattore o una situazione isolata, ma l’accumularsi di più problematiche su diversi piani quali: povertà, difficoltà socioeconomiche, malattia mentale o devianza dei genitori, pratiche educative e stili di accudimento distorti, abusi, conflittualità familiari. È stato ampiamente dimostrato che una singola esperienza negativa non costituisce il rischio principale per una futura psicopatologia. Per esempio, uno studio epidemiologico su popolazioni di bambini di 10 anni (11) ha valutato l’incidenza di diversi fattori di rischio familiari (conflittualità coniugale severa, basso ceto sociale, famiglie numerose o sovraffollate, delinquenza del padre, disturbo psichiatrico della madre e allontanamento dalla famiglia) nello sviluppo di disturbi psichiatrici. È risultato che nelle situazioni in cui era presente un solo fattore, un’esperienza negativa singola, i bambini avevano le stesse probabilità di presentare un disturbo psichiatrico dei bambini di famiglie senza fattori di rischio. L’associazione di più fattori insieme faceva aumentare il rischio di patologia di quattro volte per ogni fattore in più. Studi su campioni di adolescenti con comportamento antisociale hanno rilevato che tutti i ragazzi avevano vissuto nell’infanzia difficoltà di tipo economico, sociale, familiare e educativo. Tuttavia, il rischio di problemi comportamentali in adolescenza aumentava considerevolmente (di

oltre il cento per cento) nelle situazioni in cui si presentava una concomitanza di svantaggi (3). Un discorso analogo si può fare anche per quanto riguarda gli indicatori comportamentali di rischio nell’infanzia ed il loro potere di previsione. Per esempio, rispetto ai comportamenti criminali in età adulta, il più alto grado di predittività deriva dalla presenza, nell’infanzia, di una combinazione di aggressività, iperattività, disattenzione e cattive relazioni coi pari. Si è visto che i fattori di rischio, di solito, non solo si associano ad una serie di condizioni sfavorevoli per lo sviluppo del bambino, ma tendono anche a riprodurre situazioni di svantaggio a catena nel corso del tempo, in una sorta di circolo vizioso. È più corretto, infatti, parlare di “costellazione” di rischi e di “ciclo dello svantaggio” (10).

La seconda considerazione riguarda un’evidenza costante in tutte le ricerche sui fattori di rischio e cioè che anche in condizioni di stress e di privazione estremi c’è sempre una parte consistente di bambini, secondo alcuni autori (8) superiore al cinquanta per cento, che riesce a vincere le difficoltà e a raggiungere risultati relativamente buoni. Tale dato, sorprendente e a volte apparentemente inspiegabile, ha imposto un’attenzione crescente su questi soggetti, un tempo considerati “invulnerabili” o “invincibili”, ora definiti *resilient*. Sono coloro che resistono alle avversità ed escono apparentemente indenni da situazioni dove altri soccombono. Per definizione, *resilience* indica la capacità di crescere sano in condizioni di svantaggio.

Questo ambito della ricerca, focalizzato sui fattori di protezione e sui risultati positivi, ha dato dei contributi molto importanti alla conoscenza delle condizioni che possono proteggere nelle più diverse situazioni di

Per corrispondenza:
Rita Semprini
E-mail: semprita@inwind.it

rischio. Dalle rassegne della letteratura (1, 2, 4, 6, 7, 9) risulta che i fattori protettivi si possono raggruppare in tre categorie generali:

- *caratteristiche personali* come autostima, autonomia, orientamento di scambio sociale positivo, temperamento "facile", capacità di *problem solving*;

- *caratteristiche familiari* come coesione, calore e assenza di discordie familiari, genitori competenti nelle funzioni parentali;

- *caratteristiche ambientali* come la presenza di reti di relazioni e di sistemi di sostegno formali ed informali.

In particolare, specie nei lavori più recenti, vengono sottolineati due aspetti che sembrano caratterizzare i soggetti *resilient*. Uno relativo a sentimenti e valutazioni positive di sé, come l'autostima, la fiducia nelle proprie capacità e il senso di poter esercitare un controllo sugli avvenimenti della propria vita, in opposizione al sentimento di *helplessness* che caratterizza i soggetti deprivati e coloro che soccombono alle avversità. L'altro, legato al precedente, riguarda quella che viene definita *planful competence*, cioè la capacità di pianificare le scelte importanti della propria vita, vale a dire avere dei progetti per il proprio futuro e perseguire degli obiettivi.

Tuttavia, come viene spesso ribadito, non basta sapere quali sono i fattori protettivi, è necessario capire "come" una variabile possa agire su un determinato individuo, in un dato contesto e in un particolare momento, ed anche "cosa" fa sì che una persona possa sfruttare a proprio vantaggio gli elementi positivi di cui dispone o gli aiuti che gli vengono offerti. È dimostrato che i fattori protettivi non hanno un valore assoluto e uguale per tutti, sembrano avere effetti positivi solamente in condizioni di rischio ed interazione con altre variabili. Inoltre, gli effetti spesso non sono immediati ma si manifestano a lungo termine. Un fattore può essere protettivo per una certa persona in un dato contesto ma può essere irrilevante o, paradossalmente,

diventare dannoso in un contesto diverso. Va ricordato poi che i fattori di protezione non corrispondono necessariamente ad esperienze positive o caratteristiche personali piacevoli ma sono "tutto ciò che influenza l'individuo modificando o migliorando le sue reazioni alle situazioni di rischio" (8).

Attualmente, infatti, si parla di "vulnerabilità" al rischio e di "meccanismi" o "processi" protettivi in quanto si riconosce la necessità di considerare tutto il sistema che comprende le caratteristiche del bambino, della famiglia, dell'ambiente sociale e culturale e la combinazione di tutti questi elementi nel tempo. Risulta perciò protettivo quel processo che porta ad uno sviluppo sano.

La protezione non consiste tanto nell'evitare i pericoli quanto nell'offrire gli strumenti per poterli affrontare utilizzando le risorse di cui si dispone, dentro e fuori di sé. Per esempio, il ricovero in ospedale è un evento riconosciuto come stressante per tutti bambini e a rischio di disturbi emotivi, specialmente in certe fasce di età. Si è visto che è possibile prevenire o ridurre le conseguenze di tale evento con opportuni programmi di preparazione per i bambini e le famiglie (12).

Tali programmi prevedono, fra l'altro, di aiutare i genitori a capire e interpretare correttamente le "normali" reazioni comportamentali del bambino sia in ospedale sia al rientro a casa.

Ciò che accade è quello che viene descritto come meccanismo di "riduzione dell'impatto degli agenti di rischio" che

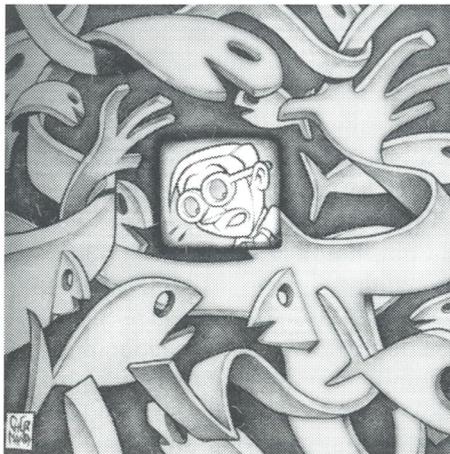
modifica il significato soggettivo attribuito ad un evento (7).

È chiaro che ci troviamo di fronte a fenomeni complessi e sfaccettati ai quali spesso è difficile dare risposte corrette. La ricerca sugli agenti di protezione è comunque molto promettente in quanto dimostra che sempre, in qualsiasi condizione e ad ogni età, è possibile intervenire in modo riparativo.

Proprio in considerazione di questo i più moderni orientamenti della ricerca hanno da un lato assunto prospettive di studio *life span*, cioè dell'intero ciclo di vita della persona, dall'altro, l'individuo, a tutte le età, viene visto come soggetto "agente" con un ruolo attivo nelle proprie esperienze di vita e in grado di negoziare i rischi che incontra. ■

Bibliografia

- (1) *Cohler BJ et al.* Vulnerability, resilience and response to personal adversity: cultural and developmental perspectives. *Maddison, Connecticut, International University Press 1993*
- (2) *Cowen E et al.* The Rochester child resilient project: overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology 1990;2:193*
- (3) *Fergusson DM et al.* The childhood of multiple problem adolescents: A 15 years longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 1994;35:1123*
- (4) *Garnezy N.* Stressors of Childhood. in *Garnezy N et al.* Stress, coping and development in children. *Mc Grow Hill, New York, 1985*
- (5) *Hetherington EM et al.* Effects of divorce on parents and children. in *Lamb M.* Non-traditional Families. *Hillsdale 1992, Lawrence Erlbaum*
- (6) *Masten AS et al.* Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology 1990;2:425*
- (7) *Rolf J et al.* Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. *Cambridge University Press, Cambridge 1990*
- (8) *Rutter M.* Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resilience to Psychiatric Disorders. *British Journal of Psychiatry 1985;147:598*
- (9) *Rutter M.* Psychosocial Resilience and Protective Mechanism. in *Rolf J et al.* Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. *Cambridge University Press, Cambridge 1990*
- (10) *Rutter M et al.* Cycles of disadvantage: A review of research. *Heinemann, 1976, London*
- (11) *Rutter M. et al.* Psychiatric disorder: ecological factors and concept of causation. in *McGurk H.* Ecological Factors in Human Development. *1977, Amsterdam, North-Holland*
- (12) *Wolkind S et al.* Separations, loss and family relationships. in *Rutter M. et al.* Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approches. *Oxford 1985, Blackwell Scientific*



Un bambino con asma non controllata dai farmaci

Giovanni Nocerino, Luciano de Seta

U.O. di Pediatria, Centro di Broncopneumologia ed Allergologia, Ospedale "SS. Annunziata", Napoli

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 47-48

Salvatore, 13 anni, ha una storia di asma e di atopia. Ha prick positivi per Dermatophagoides e Parietaria. La sua asma è poco controllabile con i farmaci. Le spirometrie lo confermano. Eppure la terapia è corretta. Cosa bisogna fare?

La storia

Salvatore, tredici anni, è visto per la prima volta nel febbraio del 1999, presso il nostro Centro di Allergologia e Broncopneumologia perché affetto da asma persistente. Nessun problema di rilievo nell'anamnesi tranne una dermatite atopica di grado moderato-severo comparsa a sei mesi e risoltasi all'età di due anni. Il ragazzo ha iniziato a soffrire di asma all'età di otto mesi; da allora ha presentato episodi ricorrenti di asma anche grave e per questo in numerose occasioni si è reso necessario il ricovero in ospedale. Negli ultimi anni (dai 9 ai 13), pur presentando periodi di relativo benessere, Salvatore non è mai stato completamente bene. Tra una crisi e l'altra presentava tosse anche di notte e gli esami spirometrici non erano normali. Due anni prima della nostra osservazione ha fatto una visita allergologica presso un ospedale con esecuzione di *prick test* risultati positivi per Dermatophagoides e Parietaria. Gli esami spirometrici hanno sempre mostrato un'insufficienza respiratoria di tipo ostruttivo con importante coinvolgimento delle medie e piccole vie aeree (FEV₁ 70%, FEV₂₅₋₇₅ 48%). Da due anni pratica immunoterapia specifica sottocutanea per Dermatophagoides Pteronyssinus.

Il decorso

Salvatore presenta uno sviluppo staturale-ponderale e una stadiazione puberale adeguate all'età: cm 157 (50°-75° cent), kg 56 (75°-90° cent), (Tanner G3, P3). All'ascoltazione del torace si ascolta un accentuato reperto broncostenotico diffuso ai due emitoraci. L'allergometria cutanea conferma la sensibilizzazione ad acari e parietaria e una modesta sensibilizzazione al latex. Un radiogramma del torace evidenzia una iperespansione bilaterale dei campi polmonari. Gli viene prescritta terapia con corticosteroidi inalatori ad alto dosaggio (fluticasone 250 µg ogni 12 ore) associati β₂ long-acting. Nonostante tale terapia, si rende necessario aggiungere steroidi per via generale in occasione

di episodi di riacutizzazione dell'asma. Purtroppo la situazione non migliora se non di poco, tanto che, in prima battuta, si è portati a pensare che la terapia non venga correttamente eseguita perché la broncostenosi di fondo persiste anche nei periodi intercritici e gli esami spirometrici, praticati in diverse occasioni, confermano i dati precedenti. Dopo avere accertato, attraverso colloqui con il ragazzo e la mamma separatamente, che la terapia è correttamente eseguita, si rende necessario un ulteriore approfondimento diagnostico, per accertare l'etiopatogenesi dell'asma e il motivo della sua resistenza alla terapia.

La diagnosi

La storia e il quadro clinico presentati dal ragazzo sono quelli di una broncoostruzione cronica resistente alla terapia cortisonica inalatoria. L'orientamento diagnostico è indirizzato, quindi, verso altre patologie che si possono presentare con un quadro cronico di broncoostruzione:

- la broncopatia ostruttiva da reflusso gastroesofageo;
- la fibrosi cistica del pancreas;
- le malformazioni dell'apparato respiratorio;
- il deficit di alfa 1 antitripsina;
- la discinesia ciliare.

Due test del sudore negativi hanno escluso la fibrosi cistica del pancreas che va sempre esclusa nelle broncopneumopatie croniche, anche in un bambino di 13 anni.

Il radiogramma standard del torace ha escluso malformazioni a carico dell'apparato respiratorio (cisti polmonari, ernie diaframmatiche ad esordio tardivo, bronchiectasie) eventi assai rari che possono manifestarsi con insufficienza respiratoria cronica. Un deficit di α-1-antitripsina (responsabile del 18% delle forme d'enfisema giovanile secondario ad una broncopatia cronica ostruttiva anche in età adolescenziale) è escluso perché il dosaggio dell'enzima dà un valore normale. La discinesia ciliare primitiva o sindrome delle

ciglia immobili (Primary Ciliary Diskinesia, PCD) (1) risulta difficile da accettare per la storia clinica (assenza di sinusite cronica, di otiti ricorrenti, di poliposi nasale, di rinite cronica) e per la non peculiarità del quadro radiologico polmonare; l'esito negativo del brushing nasale (raschiamento della mucosa nasale a livello del turbinato inferiore e successiva visualizzazione delle cellule ciliate al microscopio ottico in contrasto di fase hanno permesso di escludere definitivamente la diagnosi. Vi era assenza di qualsiasi sintomo a carico dell'apparato gastrointestinale; abbiamo comunque indirizzato le indagini verso la ricerca di un eventuale reflusso gastroesofageo. La malattia da RGE è, infatti, una patologia frequente in età pediatrica, pur con manifestazioni cliniche diverse. Molto spesso, specie dopo i primi due anni di vita, la sintomatologia non si manifesta con i quadri classici del rigurgito/vomito, bensì con segni a carico dell'apparato respiratorio (asma farmacoresistente). Per verificare le nostre ipotesi abbiamo pertanto eseguito alcune ricerche:

pH-metria esofagea - pH esofageo minore di 4 per un tempo superiore al 4% del periodo di registrazione, con correlazione reflusso acido-sintomi respiratori (tosse notturna).

Rx esofagostomaco - fondo gastrico con aspetto a pseudovolvo.

Esofagogastroscoopia - esofagite di 1° grado.

Salvatore ha quindi iniziato terapia con procinetici (Cisapride), anti-H₂-agonisti (ranitidina), e ha proseguito la terapia antiasmatica. Dopo circa un mese si è assistito ad un notevole miglioramento delle condizioni respiratorie con la scomparsa dell'asma notturna e da sforzo. Due spirometrie hanno mostrato una normale pervietà delle vie aeree (FEV₁ 82%, FEV₂₅₋₇₅ 80%). In relazione al miglioramento della sintomatologia respiratoria, la terapia è stata protratta per circa sei mesi con anti-H₂ (ranitidina 150 mg/die). Una successiva esofagogastroscoopia ha mostrato una totale regressione del quadro esofagico e la pH-metria esofagea è risultata nella norma. Attualmente, (febbraio 2000), il ragazzo si presenta in buone condizioni generali, ha presentato due episodi di asma di grado lieve negli ultimi sei mesi e soprattutto il FEV₁ e il FEV₂₅₋₇₅ sono nella norma nei periodi intercritici.

Commento

Anche se i rapporti tra asma e RGE non sono ancora oggi ben chiariti, nei casi di asma cronico o ricorrente grave e resistente alla terapia, è ragionevole accettare l'esistenza di un RGE. Nei pazienti in cui quest'ultimo si associa a problemi respiratori, i sintomi gastrointestinali, in particolare quelli dell'esofagite, possono essere sfumati o assenti.

Studi epidemiologici hanno mostrato un'incidenza di reflusso variante dal 21% al 63% in pazienti asmatici rispetto ad un 14% dei soggetti di controllo.

Non del tutto chiare sono, ancora oggi, le relazioni eziopatogenetiche tra asma e reflusso: reflusso fattore scatenante o aggravante l'asma? Asma alla base dell'insorgenza del reflusso?

Per meglio comprendere i rapporti tra RGE ed asma, specie nel bambino più grande, è necessario ricordare che:

- il RGE acido può determinare sintomatologia asmatica per infiammazione diretta delle vie aeree (inalazione di succhi gastrici) oppure, più frequentemente, per broncostruzione riflessa mediata dal vago;

- l'asma determina iperinsufflazione polmonare con abbassamento del diaframma e conseguente maggiore apertura dell'angolo di Hiss (il che favorisce la comparsa o il peggioramento del RGE);

- alcuni farmaci utilizzati nell'asma β₂ agonisti, teofillinici, per la loro azione di rilasciamento sullo sfintere esofageo inferiore, possono favorire o peggiorare un preesistente RGE; gli steroidi, soprattutto per via orale, possono peggiorare l'esofagite.

È a questo punto evidente come può crearsi, tra queste due patologie, un vero e proprio circolo vizioso che si alimenta continuamente. Esistono alcuni sintomi che indirizzano verso il sospetto di un'associazione tra asma e RGE: la tosse prevalentemente notturna, la mancanza di stagionalità, l'insoddisfatta risposta alla terapia con broncodilatatori e con cortisonici inalatori e sistemici. Il *gold standard* diagnostico della malattia da reflusso nei bambini asmatici è la pH-metria esofagea per 24 ore che documenta la correlazione tra la comparsa dei reflussi e la sintomatologia respiratoria associata. L'esofagogastroscoopia permette di visualizzare le conseguenze dirette del reflusso e cioè l'esofagite. Va sottolineato che prima di attribuire al reflusso un ruolo principale, è sempre indispensabile escludere altre cause di persistente broncostenosi.

Da segnalare, infine, che la certezza del ruolo etiologico del RGE nello scatenamento o nel

mantenimento della sintomatologia asmatica è data dalla dimostrazione che la terapia anti-reflusso induce la guarigione o un sostanziale miglioramento della sintomatologia respiratoria.

Cosa abbiamo imparato

Dal caso di Salvatore abbiamo imparato:

- che dopo aver escluso una scarsa aderenza alle misure preventive e alla terapia prescritta, a cui bisogna sempre pensare, è necessario prendere in considerazione le altre cause di broncostruzione cronica e ricorrente;

- che insieme alla necessità di indirizzare la diagnostica verso un RGE vanno escluse le altre cause di broncostruzione cronica e ricorrente (F.C., malformazioni, malattia delle ciglia immobili, ecc.);

- che anche in età adolescenziale un eventuale RGE va sempre ricercato in ragazzi con asma cronico resistente alla farmacoterapia convenzionale;

- che per accertare l'esistenza del RGE il "gold standard" diagnostico è rappresentato dalla pH-metria esofagea con documentata correlazione temporale tra la comparsa dei reflussi acidi e la sintomatologia respiratoria;

- che la dimostrazione certa del ruolo del RGE nel mantenimento della broncostruzione è data solo da una buona risposta (miglioramento o scomparsa della sintomatologia respiratoria) alla terapia antireflusso (procinetici + anti-H₂ agonisti). ■

(1) La PCD è una causa di broncopneumopatia cronica ostruttiva in età pediatrica. È caratterizzata da un difetto ultrastrutturale delle ciglia causa di una ridotta e alterata clearance mucociliare che provoca un'alterazione dei meccanismi di difesa dell'apparato respiratorio e la presenza di una condizione infettivo-infiammatoria cronica delle vie respiratorie superiori ed inferiori.

Bibliografia

(1) Balson B et al. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in children and adolescents with severe asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998;81:159

(2) Fregonese B et al. Effects of therapy with prokinetic drugs on respiratory symptoms of paediatric patients with bronchial asthma and gastroesophageal reflux. *Gaslini* 1993;25:170

(3) Harding SM et al. Asthma and gastroesophageal reflux: acid suppressive therapy improves asthma outcome. *Am J Med* 1996;100(4):395

(4) Ibero M et al. Cisapride treatment changes the evolution of infant asthma with gastroesophageal reflux. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1998;8:176

(5) Staiano A et al. Terapia del reflusso gastroesofageo. *Prospettive in pediatria* 1997;27:255

Come organizzare un buon convegno "frontale"

Vitalia Murgia

Pediatra di base, Treviso

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 49-50

Ogni anno vengono realizzati in Italia un numero altissimo di convegni e congressi cosiddetti frontali, cioè manifestazioni nelle quali il rapporto fra relatori e ascoltatori è ridotto a pochi minuti di discussione.

Tali manifestazioni se ben strutturate possono comunque avere una loro utilità limitatamente al campo dell'aggiornamento e del rinnovo delle conoscenze scientifiche. Ma - ripetiamo - se ben pensate e se ben strutturate.

Negli ultimi anni il fenomeno dei congressi frontali, a giudicare dagli inviti che arrivano ad ognuno di noi, pare essersi accentuato. Talvolta è difficile comprendere quale sia il fine di organizzare convegni in splendide località e viene spontaneo chiedersi quante persone resteranno in sala ad ascoltare resistendo alle tante attrazioni turistiche offerte. Chiaramente non è possibile attribuire a tali manifestazioni potenzialità formative caratteristiche di altre attività con maggiore interazione e maggiore partecipazione attiva; ma, mettendo da parte i convegni da gara di sci o da bagno al mare, i convegni frontali possono avere una loro utilità nel campo dell'aggiornamento e del rinnovo delle conoscenze scientifiche. Fatte queste premesse si può tentare di definire alcune regole per l'organizzazione di un buon convegno.

1. Scelta degli obiettivi

È necessario che gli organizzatori si chiedano quali conoscenze si vogliono trasmettere ai partecipanti e per quale livello conoscitivo. È evidente che lo stesso convegno difficilmente serve a tutti allo stesso modo: non si può negare che vi sia un differente bisogno di approfondimento per le conoscenze di un pediatra di famiglia, di un pediatra di un ospedale pediatrico di II livello o di un ricercatore universitario. A quali quesiti della professione si vuole quindi dare risposta?

2. Indicazione del target di pediatri a cui è riferito il convegno o la sessione

La scelta del gruppo di pediatri a cui ci si rivolge prioritariamente con l'iniziativa va indicata con chiarezza e vanno sommariamente indicati gli obiettivi formativi del convegno.

3. Scelta dei relatori e dei tutor

Gli obiettivi individuati devono successivamente guidare nella scelta di relatori adeguati. La scelta, in questo caso, va fatta tenendo conto non della capacità di fare audience del relatore, ma secondo criteri di conoscenza e di autorevolezza nella materia, della capacità di esposizione, di padronanza d'aula, della capacità di rispettare i tempi assegnati e di anteporre gli interessi e i bisogni informati reali dei pediatri.

4. Rispetto dei temi

Operata la scelta del relatore è necessario assicurarsi che presenti l'argomento secondo le necessità formative definite dal comitato scientifico: è quindi indispensabile delineare e concordare con lui non solo un titolo ma anche una scaletta da rispettare degli obiettivi conoscitivi che si vuole far arrivare alla sala. Questa fase è ancora più necessaria in una tavola rotonda in cui gli interventi dovrebbero coprire il problema in discussione da tutti i punti di vista.

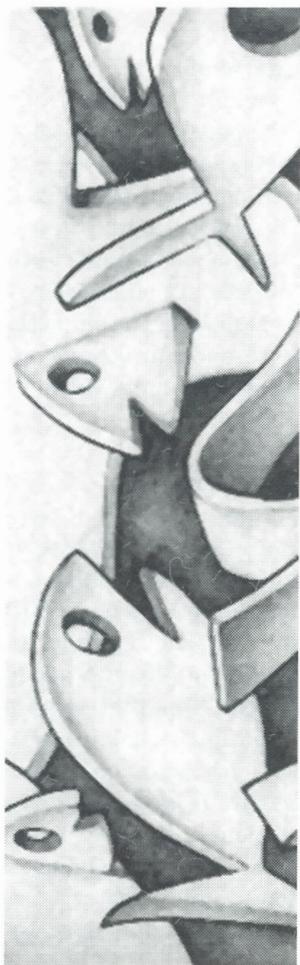
5. Rispetto dei tempi

Una precisa definizione e il rispetto dei tempi di esposizione e di discussione sono fondamentali nelle fasi di costruzione e di realizzazione del programma. Pochi temi, esposti con il rispetto assoluto del tempo assegnato e con un dibattito adeguato alle opinioni espresse, sono più apprezzabili di tanti temi esposti da relatori irrispettosi dei tempi che tolgono alla sala qualsiasi possibilità di interagire. Il programma va costruito cercando di tenere in considerazione gli obiettivi che si vogliono raggiungere piuttosto che quanti amici relatori si vogliono accontentare. Il moderatore deve essere scel-

to oltre che per la competenza sugli argomenti trattati, per la capacità di guidare la sessione facendo rispettare tempi e temi stabiliti. Bisogna inoltre evitare la presenza eccessiva di moderatori e presidenti di sessione.

6. Scelta dei tutor per i lavori di gruppo

In questo caso non è sufficiente avere conoscenze scientifiche eccellenti ma occorre essere capaci di condurre, stimolare e coinvolgere il gruppo facendo emergere le potenzialità di ciascun partecipante. Il tutor deve avere un obiettivo preciso da raggiungere nel lavoro di gruppo (proporre un progetto di ricerca, costruire una linea guida, discutere un caso clinico, ecc..) e deve essere pronto a guidare il gruppo al raggiungimento dell'obiettivo prefissato. In questo caso deve essere predisposto materiale di supporto per il gruppo e deve essere prodotto materiale durante il lavoro del gruppo. ■



Formazione permanente per i gruppi locali

La formazione permanente dei medici è uno dei punti chiave della recente riforma sanitaria. Per la prima volta in Italia si stabilisce per legge l'obbligo per tutti i medici di seguire un iter formativo e di aggiornamento durante tutto l'arco della vita professionale. Il Ministero della Sanità ha recentemente aperto il sito ECM (Educazione Medica Continua) sulla formazione permanente nel quale andranno registrate le manifestazioni per le quali si chiede l'accreditamento. L'accreditamento può essere chiesto da Regioni, Ordini dei Medici, Associazioni e Società scientifiche, Fondazioni, Industria e da chiunque altro voglia organizzare aggiornamento. Dal 1° gennaio 2001 sarà possibile perciò chiedere i crediti al sito del Ministero; questi nel primo semestre 2001 avranno solo valore teorico in quanto si tratta di una fase sperimentale.

Come è a tutti noto si è svolta nel 2001 anche una fase sperimentale dell'ACP che ha messo in grado gruppi e sperimentatori centrali di affrontare per tempo i problemi dell'accreditamento ed ha molto insegnato a tutti. I crediti attribuiti dall'ACP (pubblicati su Medico e Bambino 2000;3 e su Quaderni acp 2000;2) erano risultati largamente condivisi dalla FIMP, ma non dalla SIP: la diversità di opinioni era particolarmente forte sulla valutazione dei congressi "frontali"; si veda alla pagina precedente l'articolo di Vitalia Murgia. Dal 1° luglio entrerà in vigore l'attribuzione "vera" dei crediti per la formazione. Di questi ogni medico dovrà accumularne almeno 150 in tre anni. L'ACP, ed i gruppi locali dell'ACP che organizzano corsi o congressi, possono quindi già da ora chiedere l'accreditamento delle loro manifestazioni in fase sperimentale fino al giugno 2001 ed obbligatoriamente dopo. L'ACP ed il CSB si sono già registrati come "provider di formazione", ma ciò in verità (almeno per ora) non ha alcun valore in quanto ciò che viene accreditato sono gli "eventi" e non chi li organizza. L'ACP dovrà decidere se tutto, o gran parte, sarà fatto dalla sede centrale o se i gruppi locali che lo vorranno accrediteranno autonomamente i loro convegni. Consigliamo comunque a tutti gli organizzatori di manifestazioni di andare sul sito ECM del Ministero per rendersi conto delle caratteristiche che devono avere i cosiddetti "eventi formativi". Si possono anche dare pareri. Ad ogni evento accreditato saranno, dunque, attribuiti dei crediti. Chi deciderà su quanti saranno? Ci saranno criteri generali indicati dalla Commissione nazionale per la Formazione Continua che saranno resi noti fra poco e sui quali torneremo. Ogni evento singolo sarà giudicato da una lista di revisori: nove per ogni specialità. Questi attribuiranno specificamente i crediti. Speriamo che sia i criteri generali che i giudizi dei revisori tengano conto effettivo del valore formativo degli eventi. L'ACP ha già un suo deciso metro per giudicarli.

Per i genitori dei bambini affetti da convulsioni febbrili

Antonella Brunelli

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

Quaderni acp 2000; vol VII, n° 6: 51-52

I genitori dei bambini con pregresse convulsioni febbrili devono essere correttamente informati su cosa fare in caso di febbre e di una nuova convulsione; e devono anche ricevere istruzioni su cosa è meglio non fare. L'autrice sintetizza le raccomandazioni da "offrire" ai genitori.

Cosa sono le convulsioni febbrili

Le convulsioni febbrili devono essere considerate come una particolare reazione del sistema nervoso, in bambini al di sotto dei 5 anni, di fronte al rapido innalzarsi della temperatura.

Solitamente si manifestano con perdita di coscienza e scosse degli arti, talvolta con uno stato di irrigidimento o di rilasciamento muscolare. In genere durano alcuni minuti; dopo il bambino può manifestare una profonda sonnolenza che rappresenta il periodo di ritorno alla normalità.

È eccezionale che si manifesti più di una crisi di convulsioni nel corso di una febbre. Nella maggior parte dei casi non si verificano nuovi episodi (recidiva) dopo la prima crisi, talvolta invece è possibile assistere alla comparsa di una recidiva o molto raramente, più di una, anche a distanza di mesi, ma sempre in presenza di febbre.

Come prevenire il ripetersi delle convulsioni

Il bambino che ha sofferto di convulsioni febbrili è sano e deve condurre una vita normale. Non bisogna diventare genitori ansiosi e iperprotettivi, ma essere preparati ad intervenire in caso di una nuova convulsione.

Per ridurre il rischio di recidive, quando viene la febbre e la temperatura ascellare supera i 37,5°C e quella rettale i 38°C, è necessario prendere queste misure per riportare la temperatura a valori normali:

- verificare che il bambino non sia coperto da troppi vestiti;
- applicare spugnature di acqua tiepida su tutto il corpo;
- somministrare il farmaco antifebbrile secondo le modalità indicate nella **tabella 1**

Come trattare una crisi

Se si dovesse verificare una nuova convulsione ci sono cose da fare e cose da non fare.

Tabella 1. Farmaci contro la febbre

Peso	Farmaco	Sciroppo	Supposte	Gocce
6-8 Kg	Tachipirina	3 ml	½ da 125 mg	20-25 gtt
	Efferalgan	2.5 ml	1 da 80 mg	
9-12 Kg	Tachipirina	6 ml	1 da 125 mg	30-35 gtt
	Efferalgan	4 ml		
13-15 Kg	Tachipirina	8 ml	¾ da 250 mg	40-55 gtt
	Efferalgan	5 ml	1 da 150 mg	
19-22 Kg	Tachipirina	10 ml	1 da 250 mg	-
	Efferalgan	7 ml		
23-34 Kg	Tachipirina	15 ml	¾ da 500 mg	-
	Efferalgan	11 ml	1 da 300 mg	

Farmaco di primo impiego: paracetamolo (per esempio Tachipirina, Efferalgan)

Farmaco di secondo impiego (se il primo non è efficace): Novalgina, 1 goccia ogni 2-3 kg di peso. Tali somministrazioni devono essere ripetute ogni 6 ore circa se la febbre persiste.

Per corrispondenza:

Antonella Brunelli

E-mail: brunelli@ausl-cesena.emr.it

Cose da non fare

- non perdere la calma (è meglio che siano i genitori ad aiutare il bambino perché fanno prima di chiunque altro: portare subito il bambino in ospedale o chiamare il pediatra fa perdere del tempo e ritarda le cure);
- non scuotere il bambino;
- non schiaffeggiarlo o chiamarlo per nome;
- non cercare di bloccarlo perché sono manovre assolutamente inutili che ritardano le cure efficaci.

Cose da fare

- mettere delicatamente il bambino su un fianco (per evitare che aspiri muco o materiale vomitato, e per impedire alla lingua di ostruire le vie aeree);
- distenderlo in un luogo dove non possa cadere e farsi male;
- liberarlo dai vestiti stretti;

- eliminare velocemente dalla bocca la saliva e gli eventuali residui alimentari;
- somministrare al più presto i clisterini già pronti di *Micronoan* da 5 mg per bambini al di sotto dei tre anni di età e di *Micronoan* da 10 mg per bambini al di sopra dei tre anni di età;
- ripetere il clistere se la prima dose viene espulsa, o se la crisi non finisce in 2-3 minuti.

Quando la crisi finisce, contattare il pediatra curante.

Si deve invece portare il bambino in Ospedale presso il più vicino reparto pediatrico se:

- il bambino ha meno di un anno di età;
- la crisi non regredisce alla seconda somministrazione di *Micronoan*;
- le crisi si susseguono una dopo l'altra.

Per potere accudire il bambino è opportuno farsi accompagnare per non essere impegnati nella guida.

N.B.

Tenere sempre a portata di mano in modo che possano essere usati prontamente al bisogno:

- la presente linea guida;
- i farmaci contro la febbre;
- i farmaci contro le convulsioni (*Micronoan*). ■



ENTEROGERMINA®

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

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

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



sanofi~synthelabo
otc

ACP News

A Verona consiglio direttivo ACP	1	36	Siracusano F.
Gruppi locali: un form unico dal duemila	1	36	Siracusano F.
A Bassano un premio al gruppo ACP	1	36	Siracusano F.
A Milano: informatica Per il pediatra di famiglia	1	36	Siracusano F.
Riflessioni di un gruppo ACP	2	36	Garrone G.
Bassano, muoversi senza motore	3	36	redazionale
Nati per leggere in Romagna	3	36	Biasini GC.
Le attività dell'ACP Campania	3	36	ACP Campania
Sperimentazione ACP sulla formazione continua	4	36	Siracusano F.
OMA: partecipate ad una ricerca ACP	4	36	Conti Nibali S.
Radiologia a Palermo	4	36	Milioto G.
Pacchetto sui disordini cronici dell'alimentazione	4	36	Siracusano F.
Il codice ACP sul BMJ	4	36	Siracusano F.
Corso su "Maltrattamento e Abuso"	6	36	Siracusano F.
Moncalieri: genitorialità nel primo anno	6	36	Siracusano F.
Attività dei gruppi ACP 1999-2000	6	36	Siracusano F.

ACP nazionale

La formazione permanente per il pediatra	2	26	Gr. di lav. ACP
Programma dei candidati alla Presideza ACP	4	31	Gangemi M.
Programma dei candidati alla Presideza ACP	4	30	D'Andrea N.
La relazione del Presidente al XII Congresso ACP	4	28	Tamburlini G.
Documento comune dei pediatri italiani su QT e SIDS	6	33	ACP, FIMP, SIP

Editoriale

Siamo solo pediatri ma è già molto	1	7	Biasini GC.
Il referendum mancato	2	6	Biasini GC.
Bioetica in terapia intensiva neonatale	3	6	Rapisardi G.
Salute e diritti umani nell'era della globalizzazione	4	6	Corchia C.
La discussione sul capitale sociale	5	6	Biasini GC.
I prossimi tre anni a partire da Vicenza	6	6	D'Andrea N.

Ricerca

Le consulenze specialistiche al pediatra di libera scelta	1	10	Brivio L.
L'obesità nella pratica ambulatoriale	2	12	Nova A. e al.
Valutazione di efficacia pratica di un programma di prevenzione dell'abitudine al fumo	3	10	Monti C. e al.
L'uso in Europa di farmaci unlicensed e off-label	4	10	ENDIC
La specializzazione in pediatria: cosa ne pensano gli specializzandi?	5	10	Di Mario S. et al.
Scrivere un protocollo di ricerca collaborativa	6	10	Conti Nibali S. et al.

Congressi Controluce

Napoli: pratica e ricerca.	1	9	Biasini GC.
Perugia: quindici anni	1	9	Brunelli A.
Assisi: congresso nazionale ACP	1	8	Biasini GC.
Bergamo: pediatria di gruppo	2	8	Caso G.
Granada: XI riunione SEPA	2	8	Fusco F.
Torino: la parola e la cura	2	10	Zanetto F.
Rimini: prostituzione minorile	2	10	Biasini GC.
Firenze: dieci anni dopo la Dichiarazione degli Innocenti	3	8	Conti Nibali S.
Riccione-Monselice: bambini ai Pronto Soccorsi	3	9	Biasini GC.
Aosta: il libretto di salute della Valle	3	8	Brunelli A.
Trieste: il corso del CSB per dirigenti materno-infantili	3	9	Piermarini L.
Tabiano: è sempre Tabiano	3	8	Piermarini L.
Bologna: utilità (?) dei bilanci di salute	3	8	Biasini GC.
Verona: prove di EBM	4	8	Biasini GC.
Pisticci: da Copanello agli Argonauti	4	9	Biasini GC.
Pozzuoli: la Pediatria di gruppo	4	9	Calia V.
Pescara: insegnanti, neuropsichiatria e pediatri	4	8	Basile L.
Perugia: un ricco convegno nell'anno 2000	6	8	Brunelli A.
Rodi: Pediatri Research and Adult Health	6	8	Bonati M.

Film per ragazzi

I problemi degli adulti sui volti dei bambini	2	21	Spada I.
Lo strano linguaggio di un bambino nel film	3	21	Spada I.
Cercare una mamma, trovare un papà. L'estate di Kikujiro	5	27	Spada I.
Cinque bambini alla Mostra del Cinema di Venezia	6	20	Spada I.

Esperienze

I bambini con problemi psicosociali nei servizi territoriali	4	18	Ciotti F.
Dalle visite filtro all'autovalutazione. Cronaca di una evoluzione	5	18	Mazzini F.

Libri

Marc Abrahams - La scienza impossibile	1	17	D'Andrea N.
Bianca Pitzorno - Extraterrestri alla pari	1	16	Giulianelli AG.
Martin Winckler - La malattia di Sachs	1	16	Cerasoli GC.
Tim Parks - Un'educazione italiana	2	16	D'Andrea N.
Francesco Antinucci - Computer per un figlio	2	17	Dessi F.
Tim Parks - Cara Massimina	2	17	D'Andrea N.
Marco Rossi Doria - Di mestiere faccio il maestro	2	16	Biasini GC.
Irene Dische - Le lettere del sabato	3	17	Conti Nibali S.
Ugo Cornia - Sulla felicità a oltranza	3	16	D'Andrea N.

Giuseppe Masera, Francesco Tonucci - Cari genitori	3	17	Ronzoni E.
Jostein Gaarder - In uno specchio, in un enigma	3	17	Ronzoni E.
Peppino Tramaloni - La Casa del Pane	3	16	Dessi F.
Antonella Abbatiello - L'oggetto misterioso	4	17	Giulianelli AG.
Francesca Simon - Non mangiate Cenerentola	4	16	Giulianelli AG.
Subcomandante Marcos - La storia dei colori	4	17	Giulianelli AG.
Luis Sepúlveda - Il vecchio che leggeva romanzi d'amore	4	16	Biasini GC.
Francesco Antinucci - Computer per un figlio	5	17	Dessi F.
Robert Louis Stevenson - Il mio letto è una nave	5	17	Biasini GC.
Jean-François Bouvet - Gli spinaci sono ricchi di ferro	5	16	Dessi F.
Sándor Márai - Le braci	5	17	D'Andrea N.
Stephen King - Cuori in Atlantide	5	16	D'Andrea N.
Earl A. Grollman - Perché si muore?	6	16	Cerasoli GC.
Rosario Brancato, Maurizio Pandolfi - Miserie e grandezze della medicina	6	16	Cerasoli GC.
Paolo Landi - Manuale per l'allevamento del piccolo consumatore	6	16	D'Andrea N.
Enzo Striano - Giornale di adolescenza	6	17	D'Andrea N.
Giuseppe Pontiggia - Nati due volte	6	17	D'Andrea N.

Letture

I progenitori dei consultori a Firenze all'inizio del '900	1	18	Guarnieri P.
Napoleone morì di tumore o fu avvelenato?	3	26	Brunelli A.
Vivere da bambini: perdendo l'autonomia?	5	14	Pitzorno B.
Harry Potter: enorme successo della letteratura per l'infanzia	6	14	Giulianelli AG.

Nessuno scrive al colonello

La Nestlè e il Giubileo	3	29	Cattaneo A.
-------------------------	---	----	-------------

Medici Medicina e Letteratura

Malati immaginari	1	20	Jerome K.
Bravo! Grazie!	5	26	Petrolini E.

Tribuna

Com'è la nuova convenzione per la pediatria di famiglia	4	26	Murgia V.
Ma è davvero buona la nuova convenzione?	5	34	Milioto G.

Diritti

Come star bene a scuola 1ª parte	1	26	Buscherini C.
Come star bene a scuola 2ª parte	2	18	Buscherini C.
Memorandum per l'autorità governativa	3	18	MAMI

Organizzazione sanitaria

Le norme ISO fanno cilecca	1	15	Biasini GC.
Attesa di vita e spesa sanitaria	2	15	redazionale
Maggiore spesa per farmaci nel 1998. Stavolta non paga solo lo Stato	2	15	redazionale
I National Institute for Clinical Excellence (N.I.C.E.) e il nostro programma nazionale delle linee guida	3	15	Conti Nibali S.
Gli indicatori di salute nella Regione Europea	3	14	redazionale
Spesa pubblica e spesa privata in Italia ed in Europa	4	14	Biasini GC.
Dal 2004 si regionalizza l'assistenza materno-infantile nei piani sanitari regionali	4	14	Biasini GC.
Parole e parole. Inglese per giunta	5	28	redazionale
I nuovi capi si chiamano così	5	8	Biasini GC.
Secondi secondo l'OMS non nelle politiche per l'infanzia	5	8	Biasini GC.
I conti della sanità del 1999	5	8	redazionale

Media Alert

Hanno scoperto il bullismo	1	35	Biasini GC.
----------------------------	---	----	-------------

Osservatorio Internazionale

L'intossicazione da Coca-Cola	1	31	Conti Nibali S.
Colombia: appunti di viaggio da una terra di calamità naturali ed umane	5	30	Bonati M.
Comunità e salute infantile nel nuovo millennio	6	18	Macfarlane A.

Statistiche correnti

Il morbillo in Italia	3	30	D'Ancona F. et al.
La struttura della popolazione	6	26	Corchia C. et al.
La mortalità infantile "per nati residenti" negli anni novanta	6	29	Pedrotti D.

Info

Il Duce contro i vaccini	1	22	Biasini GC.
La diseguale distribuzione del sapere	1	22	Biasini GC.
Mettiamo l'ossido nitrico nel latte formulato?	1	22	Biasini GC.
Se il primo è pretermine...	1	23	Conti Nibali S.
Inquinamento elettromagnetico	1	23	Biasini GC.
Di Bella inefficace: un'altra prova	1	22	Biasini GC.
L'associazione Majno: una ONLUS per i bambini	1	22	Biasini GC.
Non mangiatevi le unghie!	1	23	Conti Nibali S.
Il Marcelletti dal privato se ne va	1	22	Biasini GC.
Piemonte: donazione di midollo osseo	1	23	redazionale
Pecore e Hp	1	23	Conti Nibali S.
Ancora sulla celiachia	1	23	Conti Nibali S.
Malattie minori e povertà	1	23	Piermarini L.
In Piemonte l'agenda della salute	2	22	redazionale
Qualità microbiologica delle piscine	2	23	Biasini GC.
Valproato? Attenti alla carnitina	2	22	Conti Nibali S.
La nuova scuola	2	22	Siani P.

La stampa e gli applausi per i gemelli: un altro autogol	2	23	redazionale	USA - Cibi transgenici "multiuso"	1	24	Conti Nibali S.
I decili della ricchezza in Italia	2	22	Biasini GC.	USA - Pillole di storia dell'allattamento	1	24	Biasini GC.
Nuove norme per la Tutela del Lavoro Minorile	2	23	Milioto G.	UK - Disturbi mentali e svantaggio sociale	1	24	Conti Nibali S.
Neurochirurgia d'altri tempi	3	22	Piermarini L.	USA - Technology Assesment	1	25	Fedele S.
Migrazioni sanitarie e costi: i dati del Ministero della Sanità per gli anni '97/'98	3	22	Milioto G.	ARABIA - Continuano le trasgressioni al codice	1	25	Conti Nibali S.
ISTAT: mozione parlamentare	3	22	Biasini GC.	UK - Dolly venduta in California	1	25	Fedele S.
Anche peggio quando la stampa "informa"	3	23	Biasini GC.	SVEZIA - I rischi della fecondazione in vitro	1	25	Biasini GC.
Certificazioni relative alle vaccinazioni	3	23	Siani P.	USA - Capra clonata e nel latte produce...	1	25	Fedele S.
Disegni di bambini ai "Martinit"	3	23	Biasini GC.	OMS - Soldi spesi bene!	1	25	Conti Nibali S.
Quando la stampa dà i numeri	3	23	Biasini GC.	ASIA - Violazioni del codice	2	24	Conti Nibali S.
Pianeta acqua, amica acqua... sorella acqua	3	23	Biasini GC.	WWW - Alla ricerca dell'alieno	2	24	Fedele S.
Glaxo-SmithKline-Beecham: 360.000 MLD	3	23	Biasini GC.	UK - Diseguaglianze e salute	2	24	Biasini GC.
Associazione Italiana sindrome di Shwachman	4	22	Conti Nibali S.	WWW - Grazie per non procreare	2	24	Fedele S.
Proposta definitiva	4	22	Biasini GC.	USA - Pubblicità ai farmaci	2	24	Biasini GC.
Paese di bassi, specie a Viareggio	4	22	Biasini GC.	ONU - Complimenti agli USA	2	24	Conti Nibali S.
Sposi bambini	4	22	Siani P.	SUDAFRICA - Hiv-1 e allattamento	2	24	Conti Nibali S.
Il salto della Toscana	4	22	Biasini GC.	USA - Voglia di Servizio Sanitario	2	24	Biasini GC.
Gli incubi	4	22	Brunelli A.	NORVEGIA - Il secondo gene della dislessia	2	25	Conti Nibali S.
SPES: i primi risultati	4	23	Gruppo SPES	UE - Medicinali orfani	2	25	Biasini GC.
Acido Folico (preparati utili), multivitaminici e cardiopatie	5	22	Conti Nibali S.	UK - Tanti bambini obesi	2	25	Conti Nibali S.
Tempi duri per i troppo bravi	5	22	Piermarini L.	AUSTRIA - Dichiarazione antirazzista dell'Università di Vienna	2	25	Biasini GC.
OMA e OME... opatia	5	22	Conti Nibali S.	UK - Uomini, animali ed antibiotici	2	25	Biasini GC.
Atti del convegno sui DMI	5	22	redazionale	SPAGNA - Bambini in estinzione	2	25	Conti Nibali S.
L'Italia non è più un paese di analfabeti... ma	5	22	Siani P.	CANADA - Complicanze della pertosse	2	25	Conti Nibali S.
Circoncisione	5	22	Piermarini L.	UK - Feci di piombo	3	24	Brunelli A.
OMA e latte materno	5	23	Conti Nibali S.	USA - Pregarli fratelli	3	24	Brunelli A.
GIMBE per gli specializzandi	5	23	Conti Nibali S.	UK - Inequalities o variations?	3	24	Biasini GC.
Abstract della Cochrane in Italiano	5	23	redazionale	USA - Medici con voglia di servizio sanitario	3	24	Biasini GC.
Due dosi di vaccino anti-epatite B	5	23	Conti Nibali S.	USA - Vaccino per il rotavirus e... per i ricchi	3	24	Conti Nibali S.
Meningite da Hib in calo in Italia	5	23	redazionale	IRAQ - Un'altra faccia dell'embargo	3	25	Conti Nibali S.
Celiachia: l'ipotesi zonulina	5	23	Conti Nibali S.	USA - I QI dei big del mondo	3	25	Biasini GC.
Gli incubi	5	23	Brunelli A.	UK - Il SSN inglese e l'influenza	3	25	Conti Nibali S.
Da una parte si allunga...	5	23	Piermarini L.	USA - Povertà e mortalità: ben poco da copiare	3	25	Biasini GC.
Il codice di Farmindustria	6	22	Biasini GC.	UK - Disuguaglianza e malformazioni	4	24	Piermarini L.
Finanziaria: budget per i medici di famiglia	6	22	Milioto G.	USA - Homeschooling	4	24	Milioto G.
Veronesi proclama	6	22	Biasini GC.	UK - Stipendi e cromosomi	4	24	redazionale
Spese congressi	6	22	Biasini GC.	UE - Globalizzazione? No grazie	4	24	Conti Nibali S.
Medici e Antitrust	6	22	Biasini GC.	UK - Le industrie del farmaco poco interessate ai bambini	4	24	Conti Nibali S.
Pertosse: c'è ma non si vede	6	22	Piermarini L.	USA - Aumenta il peso	4	24	Piermarini L.
Qualche conto su fumo e spesa sanitaria sociale	6	23	Biasini GC.	AMERICA CENTRALE- Violenza sui minori	4	25	Conti Nibali S.
Povertà infantile: Italia terzultima!	6	23	Piermarini L.	USA - 98.000 americani "uccisi" ogni anno	4	25	Biasini GC.
Il "vigile di quartiere" di Forlì	6	23	Biasini GC.	UK - Spese per la salute: passività o investimento?	4	25	redazionale
World-info				BANGLADESH - Malnutrizione massima	5	24	Biasini GC.
USA - Sign your site!	1	24	Fedele S.	TURCHIA - Fumatori e tolleranti	5	24	Conti Nibali S.
USA - Catherine De Angelis nuovo direttore del JAMA	1	24	Fedele S.	IRAQ - Embargo e mortalità infantile	5	24	Conti Nibali S.
ITALIA - Lungimiranza	1	24	Biasini GC.				
USA - L'AMA: dalla polvere al full text su internet	1	24	Fedele S.				

UK - Peso sì (con giudizio), lunghezza no!	5	24	Piermarini L.
UK - Parte "Sure Start" un progetto di Evidence Based Social Care	5	25	Biasini GC.
IRLANDA - Via i bambini dai reparti psichiatrici adulti	5	25	Biasini GC.
AUSTRIA - Ad ognuno la sua Misurina	5	25	Biasini GC.
Svezia - Uno screening che fa cilecca?	6	24	Biasini GC.
UK - Assicurazioni private: cosa pensano i laburisti	6	24	Biasini GC.
UK - Lo xenotrapianto: parecchi dubbi	6	24	Biasini GC.
ISLANDA - Ostacoli sul database della salute	6	24	Biasini GC.
UK - Perdita di cervelli verso gli USA	6	24	Biasini GC.
USA - Le mani dell'industria sulla formazione dei medici	6	25	Biasini GC.
FRANCIA - I grandi successi della medicina	6	25	Biasini GC.
USA - I costi della tecnologia	6	25	Biasini GC.
UK E DANIMARCA - Eroi a rischio	6	25	Piermarini L.
GALLES - Deprivazione sociale e mortalità	6	25	Piermarini L.
UK E IRLANDA - MICI	6	25	Piermarini L.

Un po' per gioco

Una vita difficile	2	33	Piermarini L.
Nonsense informato	4	12	Piermarini L.

Lettere

Nati per leggere	1	34	Rinaldi G.
La gabbia e la notizia	1	32	Cajani MR.
Tecnologie e povertà	1	32	Siracusano MF.
Come essere pediatri	1	34	Spataro A.
Genova città sostenibile per i bambini	1	34	Durand P.
Ancora sui DRG	1	33	Mattina E.
Perché prezzi dei lattini così Diversi in Europa	2	34	Bonati M.
In Piemonte un registro per i pazienti in trattamento con GH	2	34	Ravaglia A.
Impressioni da Sirmione X	2	35	Vouk S.
Malastampa due	3	35	Pototschnig C.
Malastampa uno	3	35	Santamaria L.
L'organizzazione del lavoro nei reparti pediatrici	3	34	Canciani M.
Siamo solo pediatri, ma è già molto	4	35	ACP Campania
Qualche elogio	4	34	Goggi E.
Intramoenia/extramoenia: una brutta storia	4	34	Montini M.
"Fianco-schiava" e Corriere della Sera	4	34	Mirabassi S.
Conosco una vita	4	34	Lettera firmata
Non sono un pediatra ma questa rivista mi aiuta	6	34	Manzione CA.
Una singolare esperienza	6	34	Torres E.
Norme ISO	6	35	Romanelli F.
Malastampa	6	35	Lettera firmata

Leggere e fare

L'errore in radiologia. Entità e rimedi	1	38	redazionale
Asma: l'allattamento al seno la previene?	1	38	Conti Nibali S.
Tassi di prescrizione di farmaci	2	40	Biasini GC.
Gli acidi grassi polinsaturi non servono nei neonati a termine	2	41	Biasini GC.
Niente fosforo nel latte materno	2	41	Piermarini L.
Febbre e bronchiolite	2	41	Piermarini L.
Le infezioni: proteggono dall'allergia?	2	39	Biasini GC.
Qualche dubbio sui bilanci di salute	2	38	Piermarini L.
QT lungo e rischio di SIDS.	3	38	Conti Nibali S.
Un mare di critiche	3	39	Biasini GC.
Celiachia: novità dalla Svezia	3	39	Biasini GC.
PFAPA Una patologia di interesse per il pediatra ambulatoriale	3	40	Lunetta MG.
Un esempio di "collaborazione" fra industria e ricerca	4	38	redazionale
Esiste ancora la sindrome di Reye?	4	39	Conti Nibali S.
Varicella: finalmente dati certi anche in Italia	4	40	Milioto G.
La raccolta delle urine "al volo"	4	41	Biasini GC.
Trappola solo per topi	5	42	Piermarini L.
Diabetici:genetica e ambiente	5	39	Conti Nibali S.
Vi ricordate l'ICMESA di Seveso?	5	38	redazionale
Terapia del RVU.	5	41	Biasini GC.
Anatomia di un fallimento	5	40	Conti Nibali S.
Convulsioni febbrili.	5	40	Conti Nibali S.
Si sedano prima per via nasale	5	41	Biasini GC.
Ripetiamo. I corsi formano i congressi no	5	41	Biasini GC.
Cresce... non cresce...	5	43	Piermarini L.
Nuovo test prenatale per la sindrome di Down	5	40	Biasini GC.
UN Marker di qualità.	5	39	Biasini GC.
Rapporto fra cortisonici e broncodilatatori inalatori	5	39	Biasini GC.
MICI e calprotectina	5	42	Piermarini L.
Ferro e prematuri.	5	42	Piermarini L.
Meglio con meno	5	42	Piermarini L.
Regno Unito: controllare i controlli	5	43	Piermarini L.
L'otite e il linguaggio.	6	38	redazionale
Quali rapporti?	6	38	redazionale
Asma: effetti del Montelukast sulla riduzione della terapia steroidea	6	39	Conti Nibali S.
Presentazione podalica	6	40	Biasini GC.

Il punto su

La diagnosi per immagini nelle infezioni urinarie	1	56	Biasini GC.
Perché leggere ai bambini ad alta voce	2	53	Cerasoli G. et al.
Prebiotici, Probiotici e protezione intestinale	2	56	Biasini GC.
Mangiare informati	3	56	Siani P.
L'enuresi	4	46	Peratoner L.
Utilizzo di farmaci non sperimentati su bambini	4	42	Impicciatore P. et al.
Screening della sordità.	5	56	redazionale
A che punto siamo?	5	56	redazionale

Come organizzare un buon convegno "frontale"

6 49 Murgia V.

Il caso che insegna

Un bambino con una tumefazione mastoidea e seimila globuli bianchi

1 46 Pocecco M. et al.

Un bambino che sviene tre volte

3 48 Vitiello R.

Una bronchiolite che non guarisce

4 48 Nocerino G. et al.

La sua bimba ha un solco "scimmiesco"

5 46 Conti Nibali S. et al.

Un bambino con asma non controllata dai farmaci

6 47 Noverino G. et al.

abc in pratica

Un dipartimento di emergenza senza "Ahi" (1° parte)

3 53 Brunelli A.

Un dipartimento di emergenza senza "Ahi" (2° parte)

4 51 Brunelli A.

Un dipartimento di emergenza senza "Ahi" (3° parte)

5 50 Brunelli A.

Saper fare

L'ossigenoterapia nel bambino, istruzioni per l'uso

2 46 Orso G. et al.

Conoscere il Journal Club

3 46 Ferracane R.

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

5 52 Amarri S. et al.

Aggiornamento avanzato

Il mercurio del Timerosal

1 40 Bartolozzi G.

L'esperienza scolastica fattore protettivo nello sviluppo

1 48 Palmonari A. et al.

Le evidenze epidemiologiche del rapporto nutrizione e tumori

2 42 La Vecchia C.

HIV e allattamento al seno

3 42 Miotti PG.

Cellule staminali. Lancet nota un overexcitement

6 42 Paolucci P.

Bambini con bisogni speciali

Fattori di successo e progetti sul rischio sociale

1 52 Siani P. et al.

Una "chance" per novanta ragazzi senza scuola

1 54 Moreno C.

La condizione sociale influenza le disuguaglianze nella salute, anche in Italia

3 51 Cirillo G.

Allattamento al seno e classe sociale

5 44 Cirillo G.

Ci sono fattori di rischio per il bambino ma anche fattori di protezione

6 45 Semprini R.

Informazioni per genitori e pazienti

Vivere felici senza glutine

1 44 Greco L.

Come aiutare ad allattare.

4 56 Cosentino R.

I problemi dei primi giorni

Per genitori dei bambini affetti da convulsioni febbrili

6 51 Brunelli A.



RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO/SCHE-DA TECNICA

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. ZINNAT[®] 125 mg compresse rivestite. ZINNAT[®] 250 mg compresse rivestite. ZINNAT[®] 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT[®] 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. ZINNAT[®] 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** ZINNAT[®] 125 mg compresse rivestite. Una compressa rivestita da 125 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 150,36 mg (pari a Cefuroxima 125 mg). ZINNAT[®] 250 mg compresse rivestite. Una compressa rivestita da 250 mg contiene: Acetossietilcefuroxima 300,72 mg (pari a Cefuroxima 250 mg). ZINNAT[®] 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale. Un flacone da 125 mg/5 ml Granulato per sospensione orale Flacone 50 ml. Un flacone da 50 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 3,00 g (pari a Cefuroxima 2,50 g). ZINNAT[®] 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale Flacone 70 ml. Un flacone da 70 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 4,20 g (pari a Cefuroxima 3,50 g). ZINNAT[®] 250 mg/5 ml Granulato per sospensione orale Flacone 100 ml. Un flacone da 100 ml contiene: Acetossietilcefuroxima 6,00 g (pari a Cefuroxima 5,00 g). Un cucchiaino dose da 5 ml corrisponde a 250 mg di Cefuroxima. ZINNAT[®] 250 mg Granulato per sospensione orale Bustine. Una bustina contiene: Acetossietilcefuroxima 300,72 mg (pari a Cefuroxima 250 mg). **3. FORMA FARMACEUTICA.** Compressa rivestita. 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, piddermiti 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 di reazioni anafilattiche alle penicilline. Come con altri antibiotici, una terapia prolungata con ZINNAT[®] può causare lo sviluppo opportunistico di germi non sensibili (per esempio *Candida*, enterococchi, *Clostridium difficile*) che può richiedere l'interruzione del trattamento. Virtualmente con tutti gli antibiotici ad ampio spettro (inclusi macrolidi, penicilline semisintetiche e cefalosporine) si sono verificati casi di colite pseudomembranosa: di conseguenza è importante considerarne la causa nei pazienti che presentano diarrea in corso di terapia con antibiotici. Tali forme di colite possono variare da lievi a molto gravi. Il trattamento con antibiotici ad ampio spettro altera la normale flora del colon e può facilitare la crescita dei clostridi. Gli studi effettuati hanno evidenziato che una tossina prodotta dal *Clostridium difficile* è la principale causa della colite associata all'uso di antibiotici. Forme lievi di colite pseudomembranosa rispondono in genere favorevolmente alla semplice interruzione del farmaco. In forme moderate o gravi il trattamento deve includere la sigmoidoscopia, opportune ricerche batteriologiche e la somministrazione di liquidi, elettroliti e proteine. Nei casi in cui la colite non migliori dopo la sospensione del farmaco e nei casi gravi, la somministrazione di vancomicina per via orale costituisce il trattamento di scelta della colite pseudomembranosa da *Clostridium difficile* indotta da antibiotici. Devono essere escluse altre cause di colite. Nel trattamento di pazienti diabetici si deve considerare il contenuto di saccarosio di ZINNAT[®] Granulato per sospensione orale in flacone o in Bustine e regolarsi di conseguenza. **4.5. Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** I farmaci che riducono l'acidità gastrica possono diminuire la biodisponibilità del prodotto confrontata con quella risultante dall'assunzione a digiuno e tendono a cancellare l'effetto dell'aumento dell'assorbimento conseguente all'assunzione del cibo. Poiché si possono osservare falsi negativi nei test del ferrocianuro, si raccomanda di usare i metodi della glucosio ossidasi o della esochinasi per la determinazione del glucosio ematico nei pazienti trattati con Acetossietilcefuroxima. ZINNAT[®] non interferisce con la determinazione della creatinina nel saggio con picrato alcalino. Sono state segnalate in corso di trattamento con cefalosporine positività dei test di Coombs; ciò può interferire con i test di compatibilità del sangue. **4.6. Gravidanza e allattamento.** Sebbene non esistano prove sperimentali di effetti embriopatici o teratogeni attribuibili a ZINNAT[®], come per tutti gli altri farmaci, nelle donne in stato di gravidanza e nella primissima infanzia il prodotto va somministrato nei casi di effettiva necessità, sotto il diretto controllo del medico. La Cefuroxima è escreta nel latte materno; è necessario quindi nelle donne che allattano, decidere se sospendere l'allattamento al seno e somministrare il farmaco, o viceversa continuare l'allattamento rinunciando al farmaco. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari.** In considerazione del profilo degli effetti collaterali di ZINNAT[®] è improbabile che il trattamento possa interferire con la capacità di guidare o l'uso di macchinari. **4.8. Effetti indesiderati.** Le reazioni indesiderate a ZINNAT[®] sono in genere di natura lieve e transitoria. Come con altre cefalosporine, vi sono state rare segnalazioni di eritema multiforme, sindrome di Stevens-Johnson, necrolisi epidermica tossica (necrolisi esantematica) e reazioni di ipersensibilità che includono rash cutanei, orticaria, prurito, febbre da farmaco, malattia da siero e molto raramente anafilassi; disturbi gastro-intestinali inclusi diarrea, nausea e vomito in una piccola percentuale di pazienti; come con altri anti-

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

Agitare il flacone per un minuto circa prima di aggiungere acqua, per favorire la dispersione del granulato.

Riempire con acqua potabile il bicchierino dosatore fino alla linea indicata.

Aggiungere tutta l'acqua del bicchierino dosatore nel flacone e richiudere con il tappo.

Capovolgere e agitare bene il flacone (circa 1 minuto) per ottenere una completa sospensione.

Assumere la medicina secondo prescrizione medica, con il cucchiaino.

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

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

ZINNAT[®] - 250 mg Granulato per sospensione orale Bustine.

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

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

Zinnat[®]

acetossietilcefuroxima

sospensione 250mg/5ml



**Nuova
Confezione**

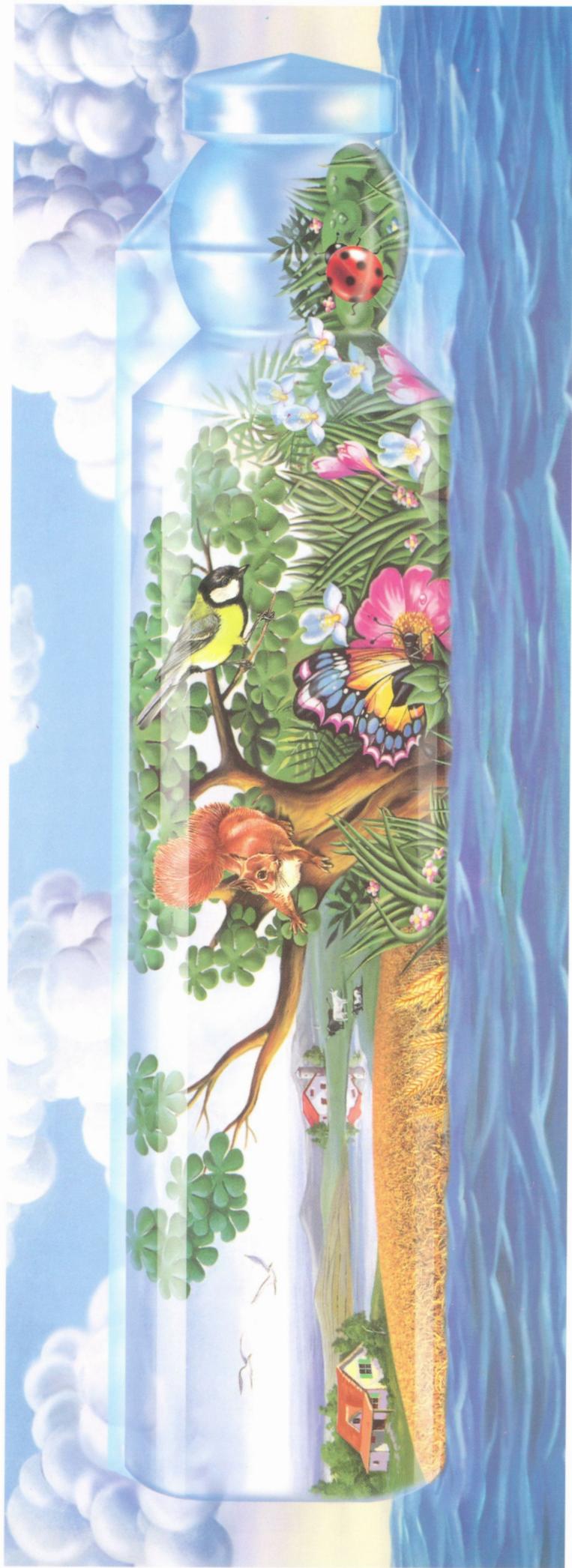


**Pari efficacia
in metà volume di sospensione**

per una migliore compliance

GlaxoWellcome

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTEROGERMINA[®]

lo recupera e lo mantiene.

 **sanofi~synthelabo**
otc