

# Quaderni acp

volume VIII - numero 1

www.acp.it

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



**Gennaio - Febbraio 2001**

*La mucca pazza. Un problema anche di organizzazione dei servizi*

*Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base*

*L'immagine dell'infanzia di oggi e di ieri*

*Villaggio globale, digitale, virtuale e... realtà*

*La mortalità infantile nel 1996*

*La riforma dell'assistenza sociale*

*Gaspere Cucuzza nel favoloso Nord*

*Streptococco di gruppo B  
Trattiamolo bene*

*Novità sullo screening della sordità*

*Un bambino rosso ciliegia*

*Una ricerca sulla diarrea*

*Carioprofilassi con applicazione di sealant*

*I fattori protettivi di carattere ambientale*

edizioni no profit  
ACP

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

4. **Proprietà farmacologiche, tossicologiche ed elementi di farmacocinetica.** Haliborange possiede l'efficacia terapeutica dell'olio di fegato di ippoglosso 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.

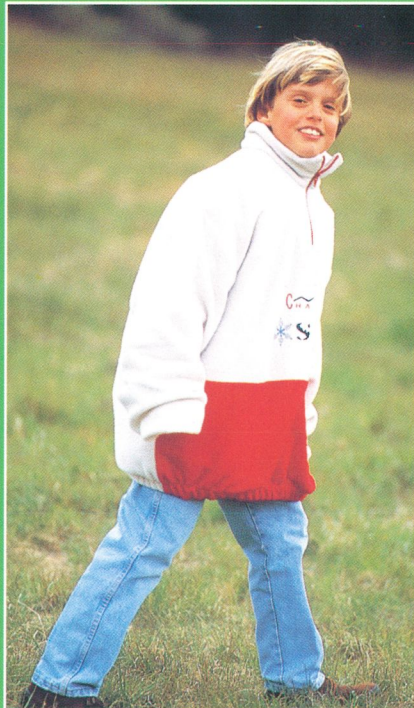
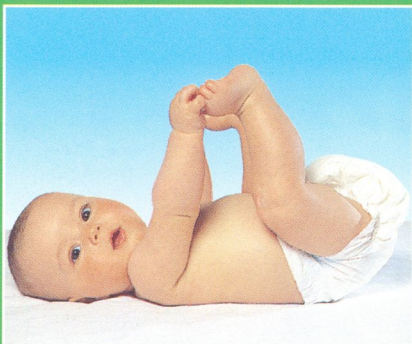
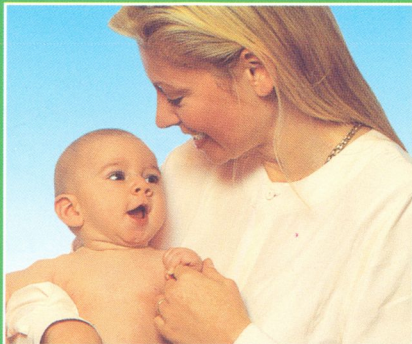
5.7 **Posologia e somministrazione.** Sotto il 1° anno di età: un (1) cucchiaino diluito in acqua, (es. nel poppato) tre volte al dì. Dopo il 1° anno: due (2) cucchiaini tre (3) volte al dì. Adulti un (1) cucchiaino due volte al dì dopo i pasti.

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

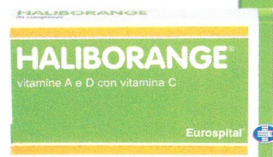
**Posologia:** non superare 2 compresse al dì o 1 cucchiaino di emulsione.

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

**Posologia:** Comprese: bambini da 1 a 3 compresse al dì. Adulti: 2-6 compresse. Emulsione: sotto il 1° anno di età 1 cucchiaino diluito in acqua, 3 volte al dì. Dopo il 1° anno: 2 cucchiaini 3 volte al dì. Adulti: 1 cucchiaino 2 volte al dì dopo i pasti. Salvo diversa prescrizione medica.

**Emulsione:**  
olio di fegato  
di ippoglosso  
con succo d'arancia.

**Comprese:**  
25 compresse  
Classe C  
RR-ricetta medica



# Sommario

Gennaio - Febbraio 2001 volume VIII, numero 1

## Editoriale

- 6 La mucca pazza. Un problema anche di organizzazione dei servizi  
*Giancarlo Biasini*

## Congressi controllo

- 8 Soverato - Gli indicatori di salute della regione Calabria  
8 Napoli - Dalla ricerca alla clinica, seconda edizione

## Ricerca

- 10 Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base  
*Teresa Cazzato*

## Letture

- 14 L'immagine dell'infanzia di oggi e di ieri  
*Anna Maria Gianotti*

## Libri

- 16 Asha Phillips, *I no che aiutano a crescere*  
16 Robert Mairon, *Il bambino che non sentiva dolore*  
16 Roberto Denti, *I bambini leggono*  
17 Anna Fine, *Qualcosa in comune*  
17 Arthur Schnitzler, *Geronimo il cieco e suo fratello*

## Osservatorio internazionale

- 18 Villaggio globale, digitale, virtuale e... realtà  
*Maurizio Bonati*

## Film per ragazzi

- 20 Dolce e mostruoso cartoon  
*Italo Spada*

## Info

- 22 Crediti formativi  
22 In pista a Courmayeur: formazione alle 16.00  
22 Guerra agli ordini dei medici  
22 Un po' di guerra sulla formazione dei generalisti  
22 Le carte dei servizi: servono agli utenti  
23 I medici di famiglia e la privacy  
23 Virus e obesità  
23 Allattamento senza commento  
23 Spendiamo troppo in farmaci? Forse non è vero

## World-Info

- 24 SVEZIA - Il premio Nobel per la medicina  
24 OMS - Lobbying su quando divezzare  
24 UE - Malattie rare  
24 FRANCIA - Abuso di farmaci in gravidanza  
24 UE - Morti per inquinazione  
24 GRAN BRETAGNA - Scienza amica  
25 USA - Nasce Pub Med Central  
25 CANADA - Concessa la marijuana per uso analgesico  
25 FINLANDIA - Modificata la dichiarazione di Helsinki  
25 USA - Cancro in viaggio verso Marte  
25 USA - È morto Avedis Donabedian  
25 SVEZIA - Il premio IG Nobel per la medicina  
25 OMS - Polio-risparmi

## Statistiche correnti

- 26 La mortalità infantile nel 1996  
*Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli*

## Esperienze

- 30 Gaspare Cucuzza nel favoloso Nord  
*Emilio Canidio*

## Organizzazione sanitaria

- 32 La riforma dell'assistenza sociale  
*Giuseppe Cirillo et al.*

## Lettere

- 34 Diceva un tale "La solitudine raramente migliora gli uomini"  
*Leo Venturelli*  
34 Bronchiolite: dentro o fuori l'EBM?  
*Pasquale Causa*

## ACP News

- 36 L'assemblea dei soci dell'ACP a Vicenza  
*Maria Francesca Siracusano*

## Leggere e fare

- 38 Streptococco di gruppo B: trattiamolo bene  
*Lucio Piermarini*  
39 Croup: terapia orale e terapia intramuscolare con steroidi a confronto  
*Giancarlo Biasini*  
41 SIDS al nido: le tate non sanno che  
*Giancarlo Biasini*  
Benzina senza zucchero  
*Lucio Piermarini*  
Allattamento e mass media  
*Sergio Conti Nibali*

## Il punto su

- 44 Novità sullo screening della sordità  
*Gherardo Rapisardi*

## Il caso che insegna

- 47 Un bambino rosso ciliegia  
*Antonio Belluzzi et al.*

## abc in pratica

- 51 Una ricerca sulla diarrea  
*Giancarlo Biasini*  
53 Carioprofilassi con applicazione di sealant  
*Francesco Napolano*

## Bambini con bisogni speciali

- 55 I fattori protettivi di carattere ambientale  
*Rita Semprini*

# Lunibron®

Flunisolide



**NUOVO DOSAGOCCE® CON STANTUFFO GRADUATO**

**NUOVO ASTUCCIO CON REGOLO POSOLOGICO**



**Lunibron® 30 mg/30 ml**

Soluzione da nebulizzare  
**Flunisolide**

**VALEAS**



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

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

**n° di gocce**

**11 2 volte al giorno**

① Vedi lato  
②  
③ indicato

**CLASSE A**

**VALEAS**

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

# Quaderni acp

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

**Associazione Culturale Pediatri**

Gennaio - Febbraio 2001 volume VIII, numero 1

## Direttore

**Giancarlo Biasini**

## Direttore responsabile

**Franco Dessi**

## Direttore organizzativo

**Giovanna Benzi**

## Responsabile esecutiva

**Rosario Ferracane**

## Comitato editoriale

**Maurizio Bonati**

*osservatorio internazionale*

**Antonella Brunelli**

*saper fare*

**Giancarlo Cerasoli**

*lettere*

**Francesco Ciotti**

*scuola e società*

**Giuseppe Cirillo**

*bambini con bisogni speciali*

**Sergio Conti Nibali**

*informazioni per genitori  
e pazienti*

**Carlo Corchia**

*statistiche correnti*

**Nicola D'Andrea**

*libri*

**Luciano de Seta**

*il caso che insegna*

**Michele Gangemi**

*ricerca*

**Pierpaolo Mastroiacovo**

*ebm*

**Lucio Piermarini**

*leggere e fare*

**Paolo Siani**

*organizzazione sanitaria*

**Francesca Siracusano**

*ACP news*

**Italo Spada**

*film per ragazzi*

## Redazione

**Antonio Basile**

**Pippo Bruno**

**Enrico Corpora**

**Giusi De Santes**

**Caterina Lo Presti**

**Maria Grazia Lunetta**

**Gaetano Milioto**

**Nicola Tarantino**

**Rosa Maria Testa**

**Daniela Vernaccini**

## Grafica e impaginazione

**Ignazio Bellomo**

© Associazione  
Culturale Pediatri

## ACP edizioni No Profit

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

Pubblicazione iscritta  
nel Registro Nazionale  
della Stampa

In questo numero  
l'illustrazione di copertina  
è di Domitilla Dominguez tratta



da "La storia dei  
colori" di Marcos,  
edito da Minimum  
Fax. Le illustrazioni  
all'interno sono tratte  
da "Un bambino  
e il suo papà" di David Grossman  
edito da Mondadori.

## INDIRIZZI

### Direttore

*Giancarlo Biasini*

corso U. Comandini 10 - 47023 Cesena

Tel e Fax 054729304 E-mail: [gcbias@tin.it](mailto: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](mailto:sfedele@tin.it)

### Amministrazione

*Associazione Culturale Pediatri*

via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR)

Tel 078357401 Fax 0783599149 E-mail: [fdessi@tin.it](mailto:fdessi@tin.it)

### Reclami e copie arretrate

*Gianni Piras*

via Nulvi 27 - 07100 Sassari

Tel 03332562649, Fax 0792594096

E-mail: [info@unclick.it](mailto:info@unclick.it)

### Stampa

*Stilgraf*

viale Angeloni 407 - 47023 Cesena

Tel 0547610201 E-mail: [dima@interoffice.it](mailto:dima@interoffice.it)

La rivista è suddivisa in due sezioni:

La prima pubblica, oltre a notizie sull'ACP, articoli su problemi collegati all'attività umana e professionale di medici, infermieri pediatrici, neuropsichiatri infantili, psicologi dell'età evolutiva e pedagogisti. Pubblica articoli, notizie, dati statistici, letteratura scientifica e umanistica sulla situazione dell'assistenza sanitaria e sociale ai bambini e agli adolescenti e, in generale, sulla condizione dell'infanzia nel mondo. Pubblica altresì ricerche dedicate ai problemi delle cure primarie.

La seconda è di Ausili didattici, pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra nella sua formazione professionale e nella sua attività di ricerca.

La rivista è interamente pubblicata in Internet alla pagina web: <http://www.acp.it>

# La Mucca Pazza

## Un problema anche di organizzazione dei servizi

Giancarlo Biasini

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

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 6-7

*Che anche in Italia dovessero comparire casi di mucche infettate da prioni era facilmente prevedibile. Che il problema sia diventato o diventi globale è anch'esso facilmente prevedibile.*

*Ma tornare a ragionare su come il problema è nato, sulla importanza della inosservanza di elementari regole di igiene e salute pubblica, in definitiva sulla non inevitabilità della diffusione della infezione, ci sembra ancora più importante del ragionare sulla opportunità di vietare la bistecca con l'osso.*

Dopo 34 lunghi mesi di inchiesta sul morbo della mucca pazza, i 16 volumi del rapporto Philips commissionato dal governo inglese, confermano quanto si era già intravisto sul problema della diffusione del morbo (*Nature* 2000;407:929) di cui *Quaderni acp* ha scritto fin dal numero del febbraio 1998. Si è trattato di un problema che ha anche interessanti risvolti organizzativi e che insegna molto sui rapporti fra obiettivi di sanità pubblica e strutture organizzative, cosa che abbiamo sempre sostenuto a proposito degli obiettivi di salute pubblica per l'infanzia.

Tornando alla Gran Bretagna, risulta dal rapporto, che il Ministero di «Agricoltura, Fisheries ad Food» (MAFF), vista la crisi dell'agricoltura e dell'allevamento inglese col cattivo andamento delle esportazioni di carne, non cercò di impegnarsi a fondo, e di impegnare la Sanità, nel chiarire quale era il vero problema dell'eziologia del morbo che interessava le mucche e della sua trasmissibilità all'uomo e questo comportamento è stato adottato dalla fine degli anni '80 alla metà degli anni '90. Anzi dato che lo "Scrapie", che infetta le pecore, era presente in Gran Bretagna da duecento anni e non si era mai trasmesso agli uomini il MAFF "forzò" sulla ipotesi che "Muca pazza" e "Scrapie" fossero la stessa cosa e quindi limitati agli animali sostenendo, e lo fece sostenere anche dagli scienziati, che non vi era nessun rischio per l'uomo. Ma c'è una cosa assai interessante che riguarda il piano organizzativo. In quegli stessi anni si ebbe una fortissima riduzione di stanziamenti e di personale nel settore veterinario (già debole ed in mano a tecnici e non a medici) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Si ebbe così una predominanza del MAFF ed un quasi accantonamento del SSN, fortemente indebolito dalla riforma dei governi di Major e That-

cher. L'obiettivo era far passare il concetto "Beef is save"; tanto che si ricorderà che Gummer, ministro dell'Agricoltura, si fece riprendere in TV intento a far mangiare alla figlia un bel *beef-hamburger*. Il primo ministro conservatore Major ha chiesto scusa in parlamento per questa politica. Speriamo che Jospin, che abbiamo visto in TV, nel novembre scorso, divorare uno spiedino di carne francese (i casi di bovini con sindrome clinica da BSE in Francia sono stati 143 di cui 60 nel solo 2000), non debba chiedere scusa all'Europa fra qualche anno. Jospin è stato comunque più prudente; lo spiedino lo ha mangiato lui e non la figlia.

Del resto *The Lancet* (2000;356:1579) sul governo e sui servizi è esplicito: "il documento Philips prova che il governo fu compiacente e nascose alla popolazione l'effetto dannoso dell'infezione"; "il servizio veterinario ed il MAFF adottarono una politica di restrizione delle informazioni". "Il MAFF ha sempre saputo che vi era una implicazione di salute pubblica... ma ha aspettato fino al 1988 (cioè almeno tre anni ndr) a prendere la decisione di distruggere le carni degli animali infetti" che - è bene ricordarlo - sono stati 177.490 (*Nature* 2000;408:787)! Sempre su questa lunghezza d'onda un neuropatologo che si è dedicato al problema, Iain McGill, ha scritto che c'è stata una "cultura di soppressione delle informazioni e che a lui è stata negata l'autorizzazione dei suoi capi a pubblicare una ricerca sui rapporti fra carne infetta e malattia". Cionostante ancora nel febbraio 1989 il rapporto Southwood sosteneva "che era molto improbabile che la carne degli animali infetti avesse qualche riflesso sulla salute pubblica" ed è stato dopo quella data che è avvenuta la sceneggiata della povera figlia di Grummer.

Il problema non è finito: si tenga conto che

gli animali malati nel 1999 sono stati in Gran Bretagna ancora 2.157 e gli inglesi morti per Creutzfeld-Jacob 18 nel 1999 contro i 14 del 1998. Non sappiamo neanche se tutto sia finito fuori dall'Inghilterra: i test rapidi sul bestiame per la diagnosi di infezione sono ancora così poco diffusi! Un'ultima notizia preoccupante è comparsa su *Nature* (2000;408:3) anche se non è stata ripresa né dalle riviste scientifiche né dalla stampa, il che è un po' strano; non si può escludere che alcune delle vittime più giovani di Creutzfeld-Jacob, quelle per le quali è stato suggestivamente incolpato l'uso di omogeneizzati, abbiano invece alla loro base l'uso di vaccini antipolio Sabin.

Alcune industrie farmaceutiche "possono" avere utilizzato terreni di cultura derivati da tessuti di bestiame infetto, anche se dal 1989 il Comitato per La Sicurezza in Medicina aveva chiesto di utilizzare tessuti provenienti da paesi *BSE-free*; questa raccomandazione però diventerà obbligo per legge solo nel marzo 2001. Sicché fino all'ottobre 2000 almeno una ditta produttrice (*Nature* che - pure essendo una rivista inglese e stampata a Londra - ha dedicato parecchie pagine di parecchi numeri al problema, con una vis polemica assai maggiore di *The Lancet* la cita: la Medeva) ha continuato ad usare siero bovino di allevamenti inglesi per produrre il Sabin. ■



## Accreditamento

### Ancora su accreditamento e qualità

Alcuni documenti che abbiamo visto circolare negli ultimi tempi dimostrano una certa confusione (e qualche pericolo, specialmente per il pediatra di base) nel campo del cosiddetto accreditamento. La definizione di accreditamento nel nostro paese rimanda alla funzione di certificazione. Questa è una valutazione esterna delle strutture che erogano assistenza tesa alla verifica dei requisiti da esse possedute allo scopo semplicemente di regolare il diritto di erogare prestazioni remunerate dal SSN.

Queste caratteristiche, in base alle quali si fa l'accreditamento, non sono in alcun rapporto con la funzione di miglioramento continuo della qualità; che questo miglioramento "possa" essere in qualche modo aiutato dalla verifica esterna è evento possibile, ma non assolutamente necessario. Negli standard di accreditamento insomma non c'è alcun tentativo di guidare il processo assistenziale, né di orientarlo a migliore qualità o all'eccellenza (1).

L'obiettivo comunitario dell'accreditamento è quello di arrivare a condizioni omogenee in tutto il paese per la realizzazione di standard assistenziali comparabili e capaci di realizzare gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

L'editoriale di *Management* del dicembre 2000 affronta con grande chiarezza l'argomento dell'accreditamento.

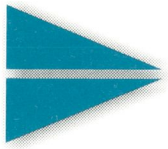
*"È dimostrato che non si può dare assolutamente per scontato che la migliore struttura dia luogo al miglior processo e che il miglior processo dia luogo al migliore risultato". Ed è ancora dimostrato che "i medesimi ottimi risultati possano essere ottenuti con processi diversi e con assetti strutturali non omologabili ... e che i processi ritenuti a priori come particolarmente adatti a produrre risultati del tipo e della qualità attesa ... paiono dipendere da coloro che nelle diverse realtà li realizzano".* Cioè dal medico e dal suo modo di operare. L'editorialista, che si nasconde sotto uno pseudonimo, ma nel quale non è difficile immaginare un grosso competente, si chiede poi se sia giustificato faticare per accreditare strutture sanitarie (ma anche ambulatori di pediatri) *"sulla base di standard molto dettagliati che oltre a fare sorgere il dubbio che vi saranno molti che non potranno mai adeguarsi corrono il rischio di spostare l'attenzione su oggetti diversi dai vari attori diretti del miglioramento della qualità dell'assistenza: gli operatori responsabili degli interventi"*.

Abbiamo visto un manuale per l'accreditamento del pediatra di base, abbastanza complicato, di una cinquantina di pagine (si tenga conto, per confronto, che il manuale di una regione del Nord per l'accreditamento dei CF e dei Punti Nascita di tutti i livelli ha, più o meno la stessa estensione), fittissimo di indicazioni, dal cellulare alla fotocopiatrice, ai protocolli, alle apparecchiature per il *self help* che ci è sembrato abbastanza pericoloso proprio per la sua tendenza al dettaglio ed alla burocratizzazione che l'editoriale giudica del tutto inutile.

Perché imbarcarsi in tentativi del genere? La conclusione la lasciamo all'editoriale che si chiede se ha senso faticare per fare tutto ciò *"prima che siano disponibili meccanismi e attività di revisione sistematica dei risultati conseguiti, visto che questi ultimi sono i soli elementi capaci di certificare la bontà dei processi posti in essere... e l'idoneità delle strutture sanitarie?"*

g.c. b.

(1) Nonostante che i due termini siano usati come sinonimi se volessimo fare i pignoli dovremmo distinguere fra qualità ed eccellenza. Qualità è la capacità di soddisfare comunque il cliente; eccellenza è l'insieme delle particolari caratteristiche per cui il prodotto piace. Ci possono essere qualità eguali, ma elementi di eccellenza diversi.



## SOVERATO

### Gli indicatori di salute della regione Calabria

A Soverato, nella sala del consiglio comunale, dove più volte c'è stata l'apertura dei convegni di Copanello e che fa parte della memoria storica dell'ACP, si è tenuta la presentazione della ricerca "Utilizzo di indicatori per la valutazione dello stato di salute della popolazione infantile ed adolescenziale e della pianificazione degli interventi relativi: sperimentazione in due regioni italiane". Le due regioni sono la Calabria ed il Friuli Venezia Giulia. A Soverato, duramente provata dagli eventi relativi al campeggio "Le Giare", vi è stata la presentazione dei dati calabresi dopo il saluto del sindaco, Gianni Calabretta, che ha ricordato i vincoli fra Soverato e l'ACP. Luca Ronfani, Giorgio Tamburlini e Pino La Gamba hanno parlato nella parte introduttiva degli indicatori usati, delle fonti utilizzate, delle indagini effettuate (Allattamento, IVG, Vaccinazioni) e della metodologia di ricerca. Carlo Corchia ha presentato i dati su demografia, tassi di mortalità perinatale, sopra la media nelle regioni meridionali, e tagli cesarei, anch'essi molto elevati. Luca Ronfani ha presentato i dati sulla disabilità e quelli, sicuramente parziali, su maltrattamento ed abuso infantile; Pino La Gamba ha fatto ancora una volta il punto sulla migrazione dei bambini calabresi, le cui motivazioni principali rimangono quelle di sempre, cioè patologia neuropsichiatrica e osteomuscolare, e ha presentato i dati sulla istituzionalizzazione dei bambini calabresi, che raggiungono ancora punte troppo elevate. La dottoressa Ciaccio e il professor Fantozzi hanno presentato uno schema di "progetto affidi" che mira ad aumentare il numero delle famiglie affidatarie per avviare a questa eccessiva istituzionalizzazione. Il convegno ha visto un'aula sempre affollatissima di personale dei servizi territoriali, di pediatri, di psicologi ed una fitta discussione, come sempre nelle tradizioni di Soverato.

*g. c. b.*

## NAPOLI

### Dalla ricerca alla clinica seconda edizione

"Se non c'è ricerca non c'è una buona pratica clinica e una buona ricerca può esser fatta anche nell'ambulatorio del pediatra di base, ancora meglio se in collaborazione con l'ospedale e l'università. Questa è la nostra scommessa per il futuro". Così il professor Auricchio ha chiuso il convegno di Napoli del 24 e 25 novembre 2000 che ha come titolo esemplificativo proprio "Dalla ricerca alla clinica". Anche quest'anno (siamo al secondo appuntamento) c'è stata una buona partecipazione di pediatri e, rispetto allo scorso anno, un migliore livello delle ricerche presentate. Quello di Napoli, infatti, è un convegno che ha un obiettivo molto ambizioso: l'aggiornamento inter pares (molto più efficace di qualsiasi lezione frontale) con ricerche condotte sul campo, poi valutate da un esperto alla luce dell'*evidence based medicine*. Apprezzata la ricerca coordinata da Montini e D'Errico sul trattamento delle infezioni delle alte vie respiratorie e sull'uso, spesso inappropriato dell'aerosolterapia. Altre ricerche da segnalare: valutazione dei tempi della pubertà, dietoterapia nelle intolleranze alimentari (ricerca dei pediatri di base di Napoli e Latina). Tra le pillole segnaliamo: la messa a punto dei sistemi di aerosol terapia (distanziatori, apparecchi pneumatici, e sistemi più economici e "caserecci" come la bottiglia di plastica semplice o siliconata), i patogeni emergenti in infettivologia pediatrica; i cinque obiettivi evidenziati da Donato Greco, da raggiungere nel campo della prevenzione: quattro dosi di IPV per tutti e non più due OPV e due IPV, vaccino antinfluenzale per tutti i bambini a rischio, vaccino antivaricella, vaccino antipneumococco per bambini e nonni, eradicazione del morbillo (la copertura in Italia è ancora al 50%). Infine uno spaccato sull'infezione da Ebola con la personale esperienza dello stesso Greco nell'ospedale italiano in Uganda. Anche quest'anno ci sono state due ricerche (adozione sociale e nati per leggere) e una pillola

(bisogni di salute: domanda e offerta) inerenti la "salute pubblica". Fedele ha mostrato i risultati preliminari della ricerca "M.AT.I.L.D.A." collegata a "Nati per Leggere" condotta a Napoli e Palermo. Del programma "Adozione sociale" sono stati mostrati i primi risultati, dopo nove mesi, dell'integrazione socio sanitaria tra ospedali e centri sociali a Napoli con un discreto (anche se ancora troppo basso) numero di bambini segnalati dai punti nascita (circa il 40% dei nati) e con ancora pochi bambini presi in carico dai centri sociali. Ma il lavoro coordinato dal prof. Tancredi, benché complesso, sembra funzionare sufficientemente e si gioverà certamente dei suggerimenti che l'esperta, Paola Facchin, ha fornito nel suo commento, parlando del progetto "Benvenuto Bimbo" che si sta concludendo in Veneto e che sembra aver ridotto del 40% (i dati non sono ancora definitivi) le segnalazioni di abuso e maltrattamento nelle aree in cui l'intervento è stato effettuato. In contemporanea in un'altra aula si potevano vedere in proiezione continua le ricerche dello scorso anno e si poteva familiarizzare con il manichino creato da Luigi Greco per evidenziare gli organi coinvolti nella malattia celiaca. La relazione del professor Panizon sul futuro della pediatria ha degnamente chiuso un convegno interessante e innovativo nei contenuti e nei metodi. Qualche critica? Troppe relazioni, troppo ritardo nell'inizio delle sessioni mattutine (brutta abitudine napoletana, che va prevista e contrastata) e quindi poco spazio alla discussione; qualche ricerca andrà condotta meglio, coinvolgendo un maggior numero di pediatri. Nel complesso novità ce ne sono state: la metodologia del legare ricerca e pratica, il percorso valutativo con la scheda di appunti e la valutazione delle varie sessioni curata dal prof. Biasini, il numero limitato di sponsor, la mancanza di case di latti (usanza ancora troppo poco comune anche nei convegni ACP), quota di iscrizione molto contenuta (che copre solo le spese vive) e l'assegnazione sperimentale di crediti formativi differenziati in base alla partecipazione ai gruppi di lavoro e alla presenza nelle varie sessioni. Già è partita la macchina organizzativa per il terzo appuntamento (novembre 2001) che sarà ancora gestita da Luigi Greco (per il Dipartimento di Pediatria), Luciano de Seta e Lorenzo Mottola (per l'ACP Campania) e Antonio Improta (per la FIMP Napoli).

*p. s.*





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

nasino  
chiuso...

secchezza delle mucose...

# Libenar®

*Sotto un nasino libero,  
il sorriso.*



## LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

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

È indicata:

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

## LIBENAR GEL NASALE

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

È indicato per:

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

### IN FARMACIA

#### LIBENAR SOLUZIONE FISIOLÓGICA

Per neonati e bambini piccoli:

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

Per i più grandi, mamme in attesa comprese:

- Spray da 125ml

#### LIBENAR GEL NASALE

Per nasi e nasini di tutta la famiglia:

- Bomboletta da 20ml

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

# Libenar® soluzioni per nasi e nasini





Ricerca

# Profili prescrittivi dei farmaci in pediatria di base

Teresa Cazzato

A nome del Gruppo collaborativo PdB-Farmacoepidemiologia

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 10-12

**Obiettivi:** analizzare, descrivere e valutare il profilo quantitativo e qualitativo della prescrizione farmacologica nell'ambito delle cure primarie pediatriche.

**Metodi:** studio epidemiologico, osservazionale, prospettico condotto da 35 Pediatri di Base (PdB) che, in un giorno indice della settimana hanno registrato su un'apposita scheda tutti i contatti con i pazienti, i motivi e le prescrizioni per un periodo di tre mesi consecutivi.

**Risultati:** nelle 455 giornate indice sono stati registrati 9.917 contatti; il 73% in ambulatorio, il 17% al telefono e il 10% a domicilio. Le 8.805 prescrizioni farmacologiche sono state effettuate a 6.417 bambini, con una media di 1,4 farmaci per ogni contatto con prescrizione e un intervallo di 1-6 farmaci, un tasso complessivo di 89 prescrizioni ogni 100 contatti. Sono stati prescritti 288 farmaci che rappresentano l'8% di tutti i farmaci dell'Informatore Farmaceutico. I 13 farmaci più prescritti sono stati associati a 10 indicazioni.

La faringotonsillite, la tosse e l'otite media acuta (OMA) sono risultate le patologie con il maggior tasso di prescrizione. Per queste patologie spesso l'approccio terapeutico è risultato discostarsi ampiamente dalle evidenze e dalle linee guida attuali.

**Conclusioni:** i risultati confermano il bisogno di una valutazione sistematica e continua, e che anche la prescrizione farmacologica può rappresentare uno degli indicatori della qualità delle cure primarie pediatriche

**Parole chiave:** bambino, pediatria di base, farmacoepidemiologia, studio osservazionale, farmacoterapia.

## Obiettivi

Il monitoraggio della prescrizione farmacologica (*drug utilization*) può rappresentare uno degli indicatori della qualità delle cure. Analizzare e descrivere le abitudini prescrittive dei farmaci consente di valutare la razionalità della terapia farmacologica.

Perché un uso sia razionale, il farmaco deve essere efficace, sicuro, di formulazione qualitativamente adeguata, prescritto per l'indicazione appropriata, ad un corretto dosaggio, facilmente disponibile e ad un costo sostenibile. L'uso dei farmaci nella popolazione pediatrica presenta caratteristiche specifiche, peculiari ed esclusive. Innanzitutto, la maggioranza delle prescrizioni è fatta in ambito extraospedaliero; in secondo luogo i farmaci vengono utilizzati nei bambini anche se non sono stati registrati a tal fine (*off-label*) e talora ad un dosaggio inappropriato. Inoltre i *trial* clinici che coinvolgono i bambini sono pochi sia per ragioni etiche, sia perché le più frequenti malattie dell'infanzia sono sintomatiche ed autolimitanti. C'è in generale una sostanziale mancanza di attenzione per quanto riguarda la farmacoepidemiologia in campo pediatrico: "una realtà sconosciuta" e i bambini possono essere considerati ancora "orfani metodologici".

Per la prima volta, è stato condotto in Italia uno studio formale, epidemiologico, osservazionale, prospettico con l'obiettivo di descrivere il profilo prescrittivo qualitativo e quantitativo in relazione alle cure primarie pediatriche.

## Metodi

Lo studio è stato condotto come parte di un corso di aggiornamento volontario di 68 PdB, appartenenti a nove ASL della Puglia e Basilicata e come fase pratica del "per-Corso formativo Bella". Ai pediatri è stato chiesto di registrare su una scheda tutti i contatti con i pazienti per un periodo di tre mesi consecutivi (aprile-giugno 1998) in un giorno indice della settimana, rappresentativo dell'insieme dell'attività. Le informazioni raccolte comprendevano le caratteristiche generali dei bambini, il motivo del contatto ed i farmaci prescritti con le relative indicazioni. I farmaci prescritti sono stati classificati secondo la Classificazione ATC e tutte le indicazioni secondo la Classificazione ICD-9.

La gestione e l'analisi dei dati è stata fatta usando il software Epi-info ed il programma di analisi statistica SPSS.

## Risultati

Hanno partecipato allo studio trentacinque PdB, con una popolazione totale in carico di 27.777 bambini, di cui 13.465 bambini di età inferiore a sei anni. Nei 455 giorni-indice sono stati registrati in totale 9.917 contatti, il 73% ambulatoriali, il 17% telefonici e il 10% domiciliari. Rispettivamente il 40,5%, 33,5% e 26% dei contatti sono stati per bambini di 0-2, 3-6 e 7-12 anni, senza differenza rispetto al sesso. Nel 35% dei contatti non è stata fatta alcuna prescrizione farmacologica, il motivo di consulenza era un bilancio di salute o la richiesta di cer-

tificati. In totale sono stati prescritti 8.805 farmaci che hanno interessato 6.417 bambini, di cui il 76,6% di età inferiore a sei anni. La media di prescrizione per contatto è stata 1,4 con un range di 1-6 farmaci e un ammontare di 89 prescrizioni ogni 100 contatti. Il tasso di prescrizione è stato significativamente maggiore per i bambini più piccoli ( $\chi^2=92,5$   $p<0,001$ ) e per i maschi rispetto alle femmine della fascia di età 7-12 anni ( $z=4,16$   $p<0,001$ ) (figura 1).

Solo il 45,6% dei farmaci prescritti è stato a carico del SSN, ciò indica che il costo di oltre la metà dei farmaci prescritti ai bambini ricade interamente sulla famiglia.

Durante il periodo dello studio, i PdB hanno prescritto 288 farmaci rappresentanti il 7,6% di tutti quelli presenti nel Prontuario Farmaceutico 1998. Il 33,3% comprendeva farmaci del sistema respiratorio, il 28,7% antibiotici, il 10,5% farmaci del sistema nervoso e l'8,5% farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, complessivamente questi hanno rappresentato l'81% di tutte le prescrizioni (figura 2).

I farmaci più frequentemente prescritti sono stati venti (6 antibiotici, 3 antiasmatici, 2 analgesici-antipiretici-antinfiammatori e preparati per il raffreddore e tosse) corrispondenti al 68,9% della popolazione ed al 63,4% di tutte le prescrizioni. Questi farmaci hanno interessato le dieci indicazioni più frequenti e tre in particolare (faringotonsillite, tosse, OMA) hanno corrisposto al 37,5% del totale ed hanno compreso il 34% di tutte le prescrizioni.

La faringotonsillite acuta è stata la malattia più osservata e ha interessato 1.261 bambini: 1.228 dei quali ha ricevuto 1.482 prescrizioni farmacologiche. Le penicilline, il morniflumato e il paracetamolo sono stati i farmaci più prescritti (46,8%) per questa malattia.

La tosse è stato il sintomo più ricorrente, ha interessato 784 bambini, 668 dei quali ha ricevuto 849 prescrizioni comprendenti 53 principi attivi. Antiasmatici ed antibiotici sono stati i farmaci più prescritti per la tosse, in particolare, beclometasone

e salbutamolo sono stati prescritti rispettivamente nel 23,1% e nel 7,0% dei bambini con tosse.

La terza malattia è stata l'OMA diagnosticata per 546 bambini, 522 di questi hanno ricevuto 675 prescrizioni; 18 antibiotici diversi sono stati prescritti a 423 bambini (circa 8/10 contatti per OMA). Tra gli antibiotici prescritti le penicilline rappresentano il 55,6%, le cefalosporine il 38,8% ed i macrolidi il 5,4%. A 201 bambini con OMA sono stati anche prescritti paracetamolo, morniflumato e diversi antinfiammatori e decongestionanti.

## Discussione

Il Prontuario Farmaceutico dei farmaci essenziali del PdB può limitarsi quindi a 20 farmaci. Questa affermazione non è lontana dalla pratica se si considera che i 20 farmaci più prescritti hanno coperto 7 su 10 prescrizioni.

Questa è solo una prima immagine quantitativa che lo studio ha delineato. Sulla base dell'appropriatezza e della razionalità dell'uso dei farmaci non può essere giustificata la pleora di farmaci prescritti per faringotonsillite, tosse ed OMA. Ciò diventa più significativo se si prende in considerazione il fatto che ad esempio le cause patologiche della tosse sono nella maggioranza autolimitanti e la tosse può essere controllata efficacemente e semplicemente con una maggiore idratazione del paziente ed umidificando l'ambiente. Solo due studi clinici randomizzati sono stati effettuati nella popolazione pediatrica per valutare l'efficacia dei farmaci antitosse e riguardavano il destrometorfano, che non è mai stato prescritto durante lo studio. Anche l'approccio terapeutico all'OMA è lontano dalle attuali linee-guida. Sebbene sia giustificata una terapia sintomatica come approccio all'OMA, la terapia antibiotica nello stadio iniziale non è stata dimostrata efficace eppure 18 antibiotici diversi sono stati prescritti alla quasi totalità dei bambi-

Figura 1. Tasso di prescrizione del totale dei farmaci secondo gruppi di età e sesso Maschi, Femmine, \*  $p<0,001$

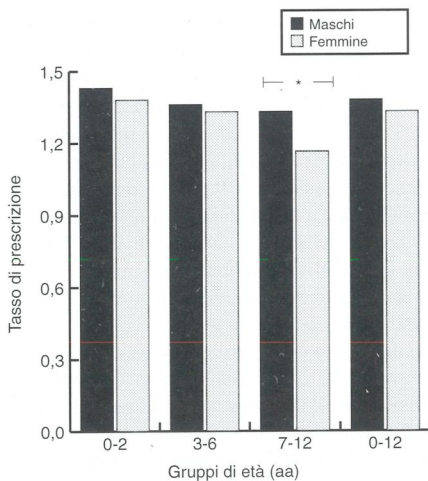
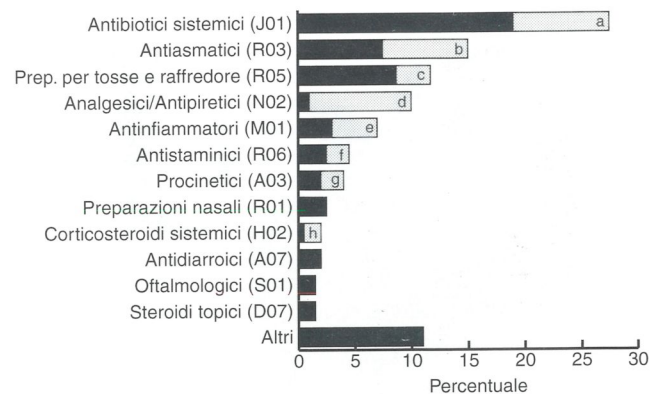


Figura 2. Distribuzione (%) dei farmaci prescritti secondo la principale classe ATC (nelle parentesi). In ogni classe terapeutica □ rappresenta la proporzione della sostanza generica maggiormente prescritta; a: amoxicillina; b: beclometasone; c: ambroxolo; d: paracetamolo; e: morniflumato; f: oxatamide; g: domperidone; h: betametazone.



ni con OMA. Il profilo che emerge da questo studio rimanda ad una restrizione qualitativa e quantitativa nell'uso degli antibiotici anche in considerazione del fatto che le evidenze disponibili non dimostrano alcuna differenza, in termini di efficacia, tra l'amoxicillina e gli altri antibiotici, da usare solo dopo il paracetamolo se i sintomi persistono.

### Conclusioni

I risultati confermano il bisogno di una valutazione sistematica della terapia farmacologica, come uno degli indicatori di qualità delle cure primarie pediatriche. Questo studio, oltre ad essere fonte di aggiornamento attivo, partecipato e collaborativo, ha potuto sottolineare come il monitoraggio della terapia farmacologica può rappresentare un indicatore per la salute dei bambini. ■

### Bibliografia

- (1) Bonati M. Epidemiologic evaluation of drug use in children. *J. Clin. Pharmacol.* 1994;34:300
- (2) Finkelstein JA et al. Antimicrobial use in defined populations of infants and young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:395
- (3) RCPCH (ed). Medicines for children. RCPCH Publications Limited; London: 1999
- (4) Straand J et al. Drug prescribing for children in general practice. A report from the More Romsdal Prescription study. *Acta Paediatr* 1998;87:218
- (5) Thrane N et al. A one-year population-based study of drug prescriptions for Danish children. *Acta Paediatr* 1999;88:1131

### Gruppo Collaborativo di Farmacoepidemiologia

Gestione ed elaborazione dati, stesura del testo: Teresa Cazzato, Chiara Pandolfini, Rita Campi, Fabio Colombo, Daniela Raschitelli, Maurizio Bonati.

### Gruppo Collaborativo PdB

S. Alicino, F. Botrugno, D. Caggiano, V. Calavita, T. Cazzato, M. Cicchelli, L. Clarizio, R. Curcio, D'Addezio M, Danzi A, A. De Pasquale, L. Dell'Edera, B. Fanizza, G. Geronimo, F. Gianfreda, G. Grilli, R. Grosso, C. Infesta, C. La Sala, E. Lapacciana, V. Lisi, L. Losciale, G. Mattei, G. Morero, L. Mortato, G. Padula, P. Rana, F. Rella, A. Santoro, L. Stufano, G. Tortorella, M. Valentino, E. Vernile, L. Vizziello, G. Zambetta.



## Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato

Questo documento è il frutto del lavoro promosso dall'ACP a metà del 1998 e frutto di un gruppo multidisciplinare composto da neonatologi, pediatri, ginecologi, ostetriche e vigilatrici d'infanzia/infermiere professionali, che si è posto come primo obiettivo l'elaborazione di raccomandazioni sull'assistenza alla madre e al neonato durante il puerperio e l'età neonatale. Tale esigenza è scaturita dalla constatazione del vuoto assistenziale che spesso si instaura in un periodo così delicato e rilevante per la salute materna e neonatale. Infatti, pur essendo previsti servizi territoriali per l'assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione, da poche parti essi sono stati attivati e, se esistono, vengono largamente sottoutilizzati dall'utenza (anche per scarsa informazione). Così pure la presa in carico da parte del pediatra di famiglia avviene in maniera disomogenea e spesso tardiva. L'obiettivo principale di tali raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche disponibili e sul consenso tra esperti, è quello di costituire la base per lo sviluppo di progetti, regionali o aziendali, volti a promuovere la migliore qualità delle cure in questo periodo, favorendo in particolare la continuità e l'integrazione delle cure tra servizi ospedalieri e territoriali. In questo senso il documento si propone come contributo alla realizzazione di quanto previsto dal progetto obiettivo materno-infantile allegato al PSN. Le raccomandazioni sono rivolte a tutti gli operatori sanitari implicati nell'assistenza alla madre e al neonato dopo il parto e agli amministratori e possono costituire la base per strumenti di informazione rivolti all'utenza.

Il documento è stato approvato da tutte le principali Società Scientifiche ed organi rappresentativi delle categorie professionali coinvolte nell'assistenza al puerperio: Ass. Culturale Pediatri (ACP), Soc. Ital. di Neonatologia (SIN), Soc. Ital. di Pediatria (SIP), Fed. Naz. Medici Pediatri (FIMP), Soc. Ital. di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS), Soc. Ital. di Medicina Perinatale (SIMP), Soc. Europea di Medicina Perinatale, Soc. Ital di Ginecologia ed Ostetricia (SIGO), Ass. Ostetriche Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI), Associazione ANDRIA, Soc. Ital di Psicoprofilassi Ostetrica (SIPO), Fed. Naz. Collegi delle Ostetriche, Ass. Naz. Culturale Ostetriche Parto a Domicilio, Sindacato Ostetriche Italiane (SOI), Federazione Nazionale Collegi IPASVI. È stato pubblicato su tre riviste pediatriche (*Medico e Bambino* 2000;19:35 *Riv Ital Pediatr* 2000;26:232 *Pediatrics & Neonatology Review* 2000;2:56), è di prossima pubblicazione sulla rivista nazionale delle ostetriche *Lucina* e sul bollettino della Soc. Italiana di Perinatologia. In questi pochi mesi è stato già utilizzato per l'elaborazione di progetti di assistenza integrata al puerperio che stanno nascendo in varie parti d'Italia (Foligno, Treviso, Venezia, Padova, Regione Calabria), costituendo così un punto di riferimento significativo. Il lavoro del gruppo multiprofessionale nazionale sta proseguendo con gli obiettivi di monitorare i progetti sull'assistenza al puerperio ed al neonato ad oggi esistenti, rilevandone, attraverso una griglia di analisi, gli aspetti principali e le criticità. Tutto ciò nella convinzione che un'analisi di questo tipo possa contribuire alla creazione di un archivio delle esperienze italiane fornendo un supporto scientifico e culturale per il miglioramento dei progetti esistenti e l'elaborazione di nuovi. Per quanti vorrebbero commentare, il documento è disponibile sul sito dell'Associazione Culturale Pediatri.

g. r.

## XII CONGRESSO NAZIONALE ACP

Torino, 12 - 14 ottobre 2001

### SICUREZZA E INSICUREZZE DI GENITORI, BAMBINI E PEDIATRI

#### VENERDÌ 12

##### PRIMA SESSIONE

###### INCONTRO CON BRAZELTON

Moderatore - G. Rapisardi

- 09.15 Introduzione  
09.30 "Il sostegno del pediatra alla madre attraverso la facilitazione del primo legame e la conoscenza dei touch-points" - Brazelton  
11.00 Proiezione di filmati  
11.30 Discussione  
12.30 Intervallo pranzo

##### SECONDA SESSIONE

###### LA FAMIGLIA: UNA BASE SICURA?

Moderatore - G. Rapisardi

- 14.00 "La nuova famiglia: da quando e perchè" - Saraceno  
14.30 Discussione  
15.30 "Il sostegno alla genitorialità: esperienze ed evidenze scientifiche" - Tamburlini  
16.00 "La depressione post-partum." - Muscetta  
"Il neonato e la madre: fattori protettivi per uno sviluppo sicuro" - Muscetta  
16.40 "Il pediatra, il neonato, i genitori e gli altri" - Facchin  
17.00 Discussione  
17.45 Incontro dei referenti Gruppi locali ACP

#### SABATO 13

##### TERZA SESSIONE

###### LA SICUREZZA PER IL BAMBINO

Moderatore - A. Alberti

- 09.00 "I Bilanci di salute: significato, storia, valutazione di esiti" - Farneti  
09.20 "Un pediatra di base" (a cura del gruppo piemontese)  
"I Bilanci di salute: riflessioni su esperienze concrete e prospettive"  
09.40 "Gli ultimi cinque minuti: il pediatra e lo psicoanalista" - Roccato  
09.50 Discussione  
10.20 I vaccini: sono sempre più sicuri? - Assael  
"Le cinture di sicurezza e il trasporto del bambino in auto: dimostrazione mediante video di crash-test"  
10.30 Intervallo

Moderatore - G. Biasini

- 11.00 "Il pediatra e l'emergenza: quali strumenti efficaci" - Urbino  
11.20 Discussione

- 11.40 "Avvelenamenti e inalazione di corpi estranei: casistica di un Pronto soccorso" - Peisino  
12.20 "Quando un bambino rischia: le malattie pericolose" - Pecco  
12.40 Discussione  
13.00 Intervallo

##### QUARTA SESSIONE

###### I PEDIATRI INSICURI

Moderatore - L. Castelli

- 14.30 "Certezze e dubbi in medicina neonatale" - Orzalesi  
15.00 "Risultati e discussione della ricerca ACP sulle otiti" - Conti Nibali  
15.40 Commento a quattro comunicazioni-poster riguardanti le attività dei gruppi locali  
16.40 "È possibile ed economico investire in prevenzione?" - Dirindin  
17.00 Assemblea ACP  
21.00 Cena sociale

#### DOMENICA 14

##### QUINTA SESSIONE

###### I RISCHI DELLA SICUREZZA

Moderatore - D. Baronciani

- 09.00 "Progressi della genetica e screening neonatali" - Piazza  
09.30 "La diagnosi delle sordità infantili: potenziali evocati ed emissioni otoacustiche" - Genovese

- 09.50 "Lo screening neonatale per la sordità: evidenze scientifiche ed esperienze" - De Marini  
10.10 "Aspetti etici degli screening neonatali" - Spinsanti  
10.30 Discussione  
11.00 "Il pediatra inquieto" - Panizon  
11.00 Discussione  
12.00 Chiusura del convegno

# L'immagine dell'infanzia di oggi e di ieri

Anna Maria Gianotti

Cattedra di Antropologia Culturale, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Bologna

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 14-15

*Diverse culture e diversi periodi storici hanno avuto diverse rappresentazioni culturali dell'infanzia; cioè hanno avuto dei bambini, non solo immagini ma opinioni e "rispetto" diverso.*

Da sempre, ogni società dipinge un proprio ritratto dell'infanzia; lo fa attraverso le istituzioni preposte all'allevamento formale/informale dei propri membri o attraverso le caratteristiche che di volta in volta attribuiscono al bambino in quanto "essere" in rapporto di dipendenza con l'adulto.

Se l'immagine del bambino è molto spesso il risultato di compromessi tra differenti istanze culturali, è certamente difficile affrontarne una descrizione se si considera quest'immagine come una categoria universale. La prospettiva adottata in questa breve nota non intende negare l'esistenza di un'età biologica classificabile come infantile; l'intento è semplicemente quello di constatare come *diverse culture e diversi periodi storici* hanno visto *diverse infanzie*, o meglio *diverse rappresentazioni culturali dell'infanzia*, sovrapporsi le une alle altre. Se, infatti, nella cultura occidentale l'ingresso nell'età adulta viene testimoniato da una precisa scansione temporale, che rimanda l'assunzione di ogni responsabilità civica a dopo il compimento del diciottesimo anno di età, in altre realtà culturali l'ingresso nell'età adulta viene testimoniato dalla capacità, dal coraggio dimostrati nel superare una prova iniziatica, attraverso un momento di passaggio in cui l'intero corpo sociale è coinvolto (*nota 1*).

Per lungo tempo la stessa riflessione antropologica ha considerato l'infanzia un aspetto delle culture non suscettibile di studio. Questa, infatti, veniva per lo più ignorata nello studio delle diverse società. Tutto ciò che precedeva l'età adulta restava nel dominio dell'innocenza e della spontaneità, in una fase in cui la natura aveva ancora la meglio sulla cultura. Il fatto che l'uomo si trovasse ad affrontare durante la sua vita ruoli diversi e discontinui era ampiamente riscontrabile in tutte le culture e non rappresentava certo una novità per il materiale etnografico, ma, al contrario, il fatto che le caratteristiche del bambino, proprio come quelle dell'adulto, fossero il risultato di condizionamenti culturali, e pertanto variassero sensibilmente da una cultura all'altra, fu un elemento che venne alla luce solo negli anni trenta.

Fu proprio attraverso la comparazione tra culture che alcuni assunti educativi della cultura occidentale, fino ad allora considerati come dogmi, si mostrarono per la prima volta in tutta la loro limitatezza e contingenza: il bambino senza sesso, il bambino come essere incompleto, il bambino come non-adulto, tenuto ad apprendere atteggiamenti di sottomissione, di esclusione da ogni impegno sociale in prima persona, il bambino come essere le cui capacità non erano neppure da porre in relazione con quelle adulte. Tutte queste caratteristiche risultarono essere peculiari della società occidentale e pertanto decisamente prive di quell'attribuzione di "naturalità" che per lungo tempo gli era stata concessa.

È il grande antropologo Marcel Mousse, nel 1934 (*nota 2*), ad affermare che il corpo è il primo ed il più naturale strumento dell'uomo. Alla base di questa osservazione vi è, dunque, la consapevolezza che ogni cosa in noi è condizionata: ogni movimento, ogni postura, ogni atteggiamento, anche una semplice camminata, sono rinvenibili all'interno di una tipologia culturale che ci viene trasmessa ed in cui l'aspetto biologico o quello psicologico e individuale non sono che parte di una reazione ad una imposizione sociale. Il bambino porta dunque su di sé i "segni" della propria cultura e non soltanto quelli evidenti, quali scarificazioni, mutilazioni, ecc., ma anche quelli non percepibili, quali il modo di sedersi, la capacità a stare sui talloni, di dormire in posizione eretta e così via.

Se è corretto affermare che la cultura *segna* profondamente il corpo, lo stesso può dirsi circa le rappresentazioni, le proiezioni esterne che di questo corpo vengono date. Uno storico, come Philippe Ariés, attraverso una ben documentata analisi, evidenzia come il sentimento dell'infanzia, che ha animato la civiltà occidentale dal Medio Evo all'Età Moderna, abbia subito delle profonde modificazioni testimoniate da sorprendenti rappresentazioni iconografiche (*nota 3*). Ariés ci parla di un'arte medioevale che non conosceva l'infanzia; e questo, non è certo dovuto a goffaggine o ad incapacità espressiva, ma viene letto come effetto di un profondo

disinteresse per tutto ciò che veniva considerato al di fuori dell'età adulta. Dice Ariés: "una miniatura ottoniana dell'undicesimo secolo, ci dà un'idea impressionante della deformazione a cui l'artista sottoponeva il corpo infantile in un senso che pare allontanarsi dal nostro modo di sentire e di vedere. Il soggetto è la scena del vangelo in cui Gesù chiede che si lascino venire a lui i bambini piccoli (...) il miniaturista raggruppa attorno a Gesù otto uomini, senza nulla d'infantile, riprodotti semplicemente in formato ridotto. Solo la statura li distingue dagli adulti (nota 4)". Come si arriva, nel tempo, alle foto di bambini di tutte le età dei nostri album familiari? Con il sopraggiungere di un sentimento moderno dell'infanzia anche l'arte si avvia ad una rappresentazione più realistica e sentimentale.

Neil Postman, in una analisi dell'infanzia contemporanea assai illuminante, afferma che durante il corso dell'Ottocento, fino ad arrivare ai giorni nostri, l'infanzia, riconosciuta ormai come il perno centrale dell'istituto familiare, è stata, anche grazie a tecnologie quali la stampa, progressivamente isolata, protetta, relegata in una particolare sfera del sociale: libri per l'infanzia, abiti per l'infanzia, un'istituzione scolastica rigidamente impostata per classi di età. Ciò ha progressivamente posto il bambino in una situazione di estrema dipendenza/protezione nei confronti dell'adulto. Ebbene tutto questo, secondo Postman, sembra venire meno nella società contemporanea grazie all'influenza dei media elettronici. Il diaframma che separava il mondo adulto da quello infantile sembra infatti infrangersi contro le innumerevoli rappresentazioni elettroniche, con il risultato che il bambino, ancora una volta punto centrale di ogni rappresentazione familiare, è oggi più simile ad un adulto. Lo è nei suoi atteggiamenti, nei vestiti che indossa, nei prodotti che gli vengono proposti. La tecnologia elettronica ha ricreato, secondo Postman, quell'uomo in miniatura di cui parla Ariés nel suo saggio (nota 5).

Ma guardando alle rappresentazioni contemporanee, quale immagine del bambino ci possono suggerire le enormi quantità di materiale iconografico prodotte dai mezzi di comunicazione di massa e in che modo questo stesso materiale fruito, assorbito, elaborato da piccoli utenti contribuisce a formare stili di comportamento, ad evidenziare particolari caratteristiche corporee o di atteggiamento, a creare stereotipi o, ancora, a stigmatizzare le differenze? Ad una prima analisi il materiale immaginario e mediatico può cer-

tamente apparire come una realtà estremamente caotica e contraddittoria, ma originali lavori di tipo etnografico atti a ricostruire gli schemi ed i modelli culturali prodotti da questi "universi simbolici" hanno evidenziato la presenza di elementi e caratteristiche costanti nella rappresentazione. In particolare, un gruppo di antropologi coordinati da Matilde Callari Galli, in una ricerca condotta sull'immagine del bambino nella pubblicità dal 1982 al 1986, ha evidenziato come l'immagine del maschile e quella del femminile seguano dei canoni ben precisi, assumano ruoli ed evidenzino opposizioni. Nell'universo pubblicitario dedicato all'infanzia le bambine sono spesso rappresentate come caricature della donna che saranno: delle piccole mamme o delle piccole Lolita. Tutto, nella rappresentazione pubblicitaria al femminile, dai colori ai toni dei dialoghi fino alle musiche, sembra suggerire dolcezza, tenerezza, simpatia e bellezza. Ad essere messi in evidenza spesso atteggiamenti di grazia e leziosità. Di tutt'altro tenore sono le pubblicità per "maschiotti". Queste tendono ad esprimere coraggio ed ardore con musiche marziali, forti contrasti, dialoghi che inneggiano all'avventura e alla tecnologia, alla scoperta del mondo e alla conquista (nota 6).

Ancora una volta il mondo adulto disegna, delinea, forma le caratteristiche del bambino, del bambino ideale, del bambino che tutti vorremmo, di un bambino, che tutti desideriamo proteggere ed amare, e che sembra sempre più inarrivabile nella sua perfezione. Sono certo molte le prospettive mancanti in una produzione iconica spesso troppo ridondante, ripetitiva e stereotipata, ma soprattutto a mancare è, oggi come nel passato, la prospettiva infantile.

Ancora una volta possiamo immaginare loro, i bambini, come dei "precipitati" in una realtà culturale che li predefinisce, sposando quindi l'ottica che li vuole come una tabula rasa, o considerarli invece come dei "barbari invasori", venuti a turbare un ordine prestabilito in virtù del quale debbono essere, almeno in parte, "normalizzati". In entrambe queste prospettive possiamo soltanto immaginare, attraverso il nostro sguardo adulto, cosa pensano i bambini delle immagini di "se stessi" che il "nostro" universo, quello dei "grandi", costruisce. Ma queste immagini sono, da loro, subite passivamente o "elaborate" ed "utilizzate" per creare i propri "pezzi" di identità?

La prospettiva antropologica, proprio per il suo porsi in situazione di ascolto e di empatia con il proprio universo di studio, in que-

sto caso quello infantile, può rappresentare un utile strumento di mediazione tra queste due polarità. Naturalmente è necessario a questo proposito abbandonare ogni pretesa di semplificazione e di lettura unilineare, che veda da una parte il bambino e dall'altra le immagini proposte dal video, per abbracciare una prospettiva complessa al cui centro venga posto, finalmente, il bambino recettore, considerato, non certo come elemento isolato e privo di legami con il contesto, ma piuttosto come soggetto al centro di differenti dinamiche sociali, culturali, relazionali, rispetto alle quali ciò che egli vede rappresentato diviene, necessariamente, parte essenziale (nota 7). ■

*Anna Maria Gianotti, dottoranda in Antropologia Culturale (Tutor prof. Gioia De Cristofaro Longo, Università "La Sapienza" di Roma) svolge attività di ricerca presso la cattedra di Antropologia Culturale della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Bologna (Prof. Matilde Callari Galli). Si è occupata e si occupa dei rapporti tra media e minori con particolare attenzione a quelli tra Tv e Libro, nonché dei rapporti tra media e modelli culturali.*

#### Note

- (1) A questo proposito vedi Van Gennep A. I riti di passaggio. Torino, Boringhieri, 1981
- (2) Estratto dal "Journal de psychologie", XXXII, nn 3-4, 15 marzo - 15 aprile 1936. Comunicazione presentata alla Società di psicologia il 17 maggio 1934 In Marcel Mause Teoria generale della magia. Torino, Einaudi, 1991
- (3) Ariés P. Padri e figli nell'Europa medioevale e moderna. Roma-Bari, Laterza, 1996
- (4) Ivi p. 33
- (5) Postman N. La scomparsa dell'infanzia. Ecologia delle età della vita. Roma, Armando, 1984
- (6) A questo proposito vedi Callari Galli M, Colliva C, Pazzagli I. Il rumore silenzioso. Firenze, La Nuova Italia, 1989. A questa ricerca hanno fatto seguito ulteriori studi su bambini e Tv che hanno portato: nel 1997 alla realizzazione di due video, per genitori ed insegnanti, Callari Galli M, Conversano F, Grignaffini N. Se i bambini stanno a guardare. Maestri e bambini davanti alla TV Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali e Familiari; nel 1999 alla pubblicazione del libro, Callari Galli M, Harrison G. (a cura di) Se i bambini stanno a guardare. Bologna, Clueb, 1999
- (7) Interessanti esperienze di ricerca a questo proposito sono quelle di David Buckingham e Dominique Pasquier - Buckingham, Seeing Through TV: Children Talking about Television, In Willis J, Wollen T. (a cura di), The Neglected Audience London, BFI, 1990; Pasquier D. La culture des sentiments: l'expérience télévisuelle des adolescents. Paris, 1999 - caratterizzate proprio dal loro porsi in situazione di ascolto rispetto ad una lettura infantile delle immagini video.

## Le recensioni del mese

Rubrica redazionale

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 16-17



**L**e situazioni in cui noi padri e madri, siamo più frastornati sono probabilmente quelle in cui sentiamo di dover dire di no e insieme temiamo di farlo, convinti che un diniego mal posto possa avere conseguenze drammatiche sulla serenità dei nostri figli. Eppure le piccole frustrazioni motivate fanno parte della vita, aiutano a riconoscere i confini tra l'Io e il mondo, permettono di imparare a controllare gli impulsi, a dominare l'ansia che nasce dall'attesa, a sopportare le avversità. Ciò che questo libro si propone è fornire le indicazioni utili a decifrare come, quando e perché è importante dire di no. Per ogni età esistono infatti degli snodi particolarmente importanti, il cui superamento avvia un cambiamento positivo nello sviluppo della personalità, il cui mancato riconoscimento può, al contrario, innescare dinamiche onnipotenti e autocentrate. Un no detto al momento giusto può quindi essere il punto di partenza per una crescita equilibrata e felice.

Franco Dessì

**Asha Phillips** *I no che aiutano a crescere* Feltrinelli, 1999, pp. 192, Lit. 20.000

**L**'autore è un pediatra americano, specialista in genetica, che descrive nel libro le storie di quattordici bambini da lui seguiti. Si tratta di pazienti affetti da patologie rare, quasi sempre ereditarie, ma anche dei primi ammalati di AIDS. Quello che ne rende consigliabile la lettura è che in esso la presentazione dei casi è molto lontana da quello che normalmente avviene tra medici dove la storia narrata è condensata soprattutto sui processi della malattia e, come ricorda l'antropologo Byron Good, "la persona, il soggetto della sofferenza, viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come agente narrante. Il paziente diventa un progetto medico, e poiché il tempo incalza, le presentazioni dei casi sono studiate affinché venga escluso tutto ad eccezione di quanto possa favorire le decisioni diagnostiche e le scelte terapeutiche... il risultato è la distrazione dalla vita vissuta dal paziente" (*Narrare la malattia* Edizioni di Comunità, 1999, pp. 124). Le storie raccontate da Marion non si limitano alla descrizione della patologia ma ampliano l'orizzonte alla vita del bambino malato e della sua famiglia e al complesso intreccio di relazioni che si viene a realizzare tra chi cura e chi è curato. L'autore non si rivolge ai pediatri, ma le pagine del libro sono piene di riflessioni critiche sul suo agire professionale che possono essere utili a chi compie quotidianamente lo stesso lavoro. Egli descrive i propri successi ed errori cercando di spiegarne le ragioni. Ricorda le sue prime esperienze di cura ai bambini, l'esecuzione dei prelievi di sangue di liquor cefalorachidiano, l'approccio con pazienti affetti da malattie croniche, la difficoltà di comunicazione con colleghi e genitori, l'importanza del lavoro in *équipe* e dell'assistenza extraospedaliera, temi ripresi nei libri successivi: *The intern blues* del 1990, *Learning to play god* del 1993 e *Rotations* del 1997, purtroppo non ancora tradotti in italiano. In conclusione, la lettura del libro è molto piacevole ed è da consigliarsi soprattutto ai pediatri futuri ai quali in molte corsie universitarie ancora oggi s'insegna a vedere la malattia e non il malato e a raccontare "casi clinici".

Giancarlo Cerasoli

**Robert Marion** *Il bambino che non sentiva dolore* Rizzoli, 1992, pp. 250, Lit. 29 000

**R**iordinando la libreria, sono stata attratta dal titolo di un vecchio libro di Roberto Denti *I bambini leggono*; ho pensato, quindi, di rileggerlo, vista la rilevanza che attualmente viene data al problema della lettura nell'infanzia.

Si legge tutto d'un fiato. È una sorta di "guida alla scelta" dei libri per ragazzi. Si tratta di un diario dell'esperienza dell'autore, direttore della "Libreria dei ragazzi" di Milano, dei suoi rapporti con i bambini, i genitori, i maestri, i professori. Roberto Denti analizza, in maniera acuta, quegli elementi che, nella società odierna, condizionano il mondo dell'infanzia e degli adulti nel campo della lettura, presentando delle proposte per aiutare i



ragazzi ed i grandi nella scelta dei libri. Piacevolissima è la lettura delle “fiabe tradizionali modificate” intercalate ai “capitoli seri”.

E così si legge di Cappuccetto Rosso che incontra nel bosco “un principe vestito di azzurro che cavalcava alto e impettito con a fianco un cane lupo”, principe che diventerà il suo nuovo nonno; di Biancaneve che, offrendo ai sette nani una torta preparata con la mela della strega, sarà la causa dei loro mal di pancia curati da un dottore che alla fine si innamorerà di lei; di Cenerentola che rifiuta di sposare il principe: “... ho ballato una notte con te, ma questo non è sufficiente per un matrimonio che dura tutta la vita... Io penso che sposerò Maurizio, che non è principe e non mi farà diventare regina, ma che a me piace di più...”.

Un capitolo è dedicato ai libri di educazione sessuale, ritenuti da alcuni la panacea per affrontare tali argomenti con i ragazzi: è una semplice illusione! Questi argomenti, ci suggerisce l'autore, vanno affrontati attraverso un rapporto interpersonale, una discussione continua che deve vedere coinvolte all'unisono la famiglia e la scuola. Significativa la citazione di Carpi, autore di libri per l'infanzia, che racchiude il pensiero dell'autore: “Ai bambini, secondo me, non si dovrebbe dar altro che quello che vogliono. I libri per l'infanzia non dovrebbero essere mai né moralistici, né didascalici, né istruttivi”.

Isodiana Crupi

**Roberto Denti** *I bambini leggono* Einaudi, 1978, pp. 150, Lit. 3.500

“ Mi sembra che nessuno dovrebbe prendere decisioni capaci di trasformare la vita di tutti quelli che lo circondano senza averci riflettuto molto a lungo”: lo dice Pixie, una dei cinque compagni di classe che l'insegnante sceglie di fare dormire tutti insieme durante una gita scolastica; nella stanza della casa di Old Harwick, meta della gita, trovano un libro che racconta una storia, la storia di Richard Clayton Harwick, “*La mia storia, leggete e piangete*”. Sebbene sia ormai notte, uno di loro, mentre fuori è tempesta, la legge per tutti e scoprono che la storia li riguarda. Capiscono qual era la caratteristica che avevano in comune e che aveva utilizzato l'insegnante nella scelta di farli dormire insieme: un asterisco accanto ai loro nomi sul registro per segnalare che avevano due indirizzi; erano tutti figli di coppie separate. Ognuno con la sua storia, le sue vicissitudini, i suoi drammi, la percezione costante di una serenità negata. Passano tutta la notte raccontandosi le loro storie. “*Le storie non devono essere per forza scritte*” ricorda Claudia. “*E questa è una notte perfetta per le storie. Su, comincia a raccontarci la tua*”. Sono storie “normali” di situazioni a volte estreme, raccontate con il linguaggio dei bambini. Da consigliare a bambini che vivono situazioni simili? Decidete voi.

Sergio Conti Nibali

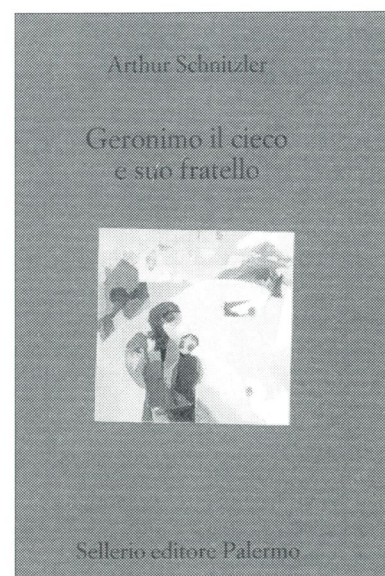
**Anne Fine** *Qualcosa in comune* Salani Editore, pp. 124, Lit. 16.000

Una coppia di ingenui fratelli mendicanti italiani vive in simbiosi: il primo, il cieco Geronimo, totalmente affidato, il secondo, Carlo, totalmente dedito all'altro. La storia si svolge presso il passo dello Stelvio, un luogo “che non invitava a una sosta prolungata”. Era stato Carlo, durante un gioco, a procurare a Geronimo la cecità, quando i due erano ancora piccoli; ma il rimorso di Carlo fu talmente grande che decise, in maniera del tutto naturale, di restargli per sempre a fianco, preso da “un'eterna compassione”.

La loro è una “solitudine a due”. Vagabondi e mendicanti, vivono dei pochi guadagni ricavati dalla chitarra che Geronimo apprende a suonare. Per vent'anni la loro vita va avanti sempre uguale, ma un giorno compare un misterioso straniero che, mentendo, dice a Geronimo di avere donato al fratello una preziosa moneta, inculcandogli il sospetto dell'infedeltà di Carlo, mai prima provato, e costringendo i fratelli a mettere in discussione l'indubitabile. A quel punto Carlo ruba davvero una preziosa moneta ad alcuni viaggiatori per non apparire mentitore agli occhi del suo amato fratello; scoperto, e destinato alla rovina insieme al fratello, si ritrova però di nuovo Geronimo a fianco, per sempre! Sono solo sessantasette pagine, prefazione compresa, in cui il dramma dell'incomunicabilità e della solitudine, proprio di Schnitzler, viene compiutamente esaltato.

Sergio Conti Nibali

**Arthur Schnitzler** *Geronimo il cieco e suo fratello* Sellerio Editore, pp. 67, Lit. 10.000



# Villaggio globale, digitale, virtuale e... realtà

Maurizio Bonati

Istituto "Mario Negri", Milano

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 18-19

*“Qualcosa di simile successe coi grammofoni a cilindro che... si popolarizzarono fino al punto che ce n'era uno in ogni casa. Invece quando qualcuno del villaggio ebbe occasione di verificare la cruda realtà del telefono installato nella stazione della ferrovia e che, a causa della manovella, era considerato una rudimentale versione del grammofono, perfino i più increduli dovettero arrendersi. Era come se Dio avesse deciso di mettere alla prova ogni loro capacità di stupore e tenesse gli abitanti di Macondo in un perenne andirivieni tra l'entusiasmo e la delusione, tra il dubbio e la rivelazione, al punto che ormai nessuno poteva sapere con cognizione di causa dove erano i limiti della realtà”.*

*Cent'anni di solitudine*  
Gabriel García Márquez

L'associazione tra comunicazione telefonica e Internet (con quella televisiva a dare continuità alle “reti”) è spontanea ed immediata. Strumenti e simboli diversi, ma poi neanche tanto non fosse altro che i “cavi” sono comuni, così che le forme e i contenuti del comunicare compartiscono similitudini. Uno dei vecchi rapporti internazionali utilizzava il tasso di televisori presenti in una nazione quale indice di sviluppo: oggi le analisi vertono sul numero d'accessi ad Internet. Simbolo, anche nell'immaginario collettivo, di democrazia, di sviluppo economico ed arricchimento culturale potenziale, Internet rappresenta forse a tutt'oggi lo strumento di comunicazione con il più favorevole rapporto numero di utenti/costo del servizio. Strumento di rapido scambio (di informazioni, suoni, immagini, idee, ma anche di denaro e molto altro), è indubbiamente un potenziale mezzo multiculturale ed interetnico. Ma “potenziale” non corrisponde a “reale”. Così che, se si stima che attualmente gli abitanti del villaggio globale informatico siano circa 700 milioni, negli USA questi sono il 30% della popolazione, contro il 4‰ dei boliviani; mentre in venti nazioni i collegamenti sono complessivamente poche decine. Dei 700 milioni di africani solo 800 mila (1,4‰) possono accedere ad Internet e l'80% di questi vive in Sud Africa. In tutte le 50 capitali africane è possibile il collegamento pubblico alla rete virtuale, ma in 40 nazioni africane la densità telefonica è di un telefono ogni 100 abitanti (1,9/100 in India, 60/100 in USA). E i collegamenti telefonici non sono efficienti e costano: una chiamata di quattro minuti tra il Burundi ed il Botswana, quando possibile e dopo alcuni tentativi, costa 23 \$. Oltre la disparità delle risorse disponibili e dei costi d'esercizio, ci sono da annoverare anche le priorità, la collocazione e la distri-

buzione delle risorse. Che dire dell'installazione di una linea diretta ad Internet in un Ministero africano della Sanità con un relativo costo d'esercizio annuo di 300.000 \$, quando la spesa annuale pro capite per la salute in quel paese è di 10 \$? Così anche il collegamento ad Internet nella maggior parte del pianeta ha a che fare con equità e diritti. L'accesso alla tecnologia deve (dovrebbe) quindi confrontarsi con i bisogni e le possibilità reali. In tale contesto l'offerta anche gratuita di computer per il collegamento in rete può rappresentare più un limite (e una frustrante dipendenza) che un effettivo ed efficace avvicinamento relazionale. Come spesso accade, gli interventi di cooperazione, quando non sono semplici donazioni, per quanto encomiabili, hanno il grosso limite della continuità che solo raramente è garantita (e quando lo è, non è mai sufficiente a rendere autonomi i riceventi). Probabilità che diventa sempre più certezza quando gli interventi prevedono l'impiego di componenti di alta tecnologia: anche un semplice computer, la cui aspettativa di vita è di molto inferiore a quella di un'auto. È in tale contesto che deve essere valutata, per esempio, la donazione della Fondazione Gates di 4,5 milioni di dollari in risorse informatiche per l'alfabetizzazione informatica di donne e bambini delle favelas brasiliane. Seppur con alcune riserve per i “conflitti d'interesse” dei donatori, l'iniziativa, che è stata da molti plaudita (vedi anche *Quaderni acp 2000;1:32*), può essere anche meritoria. Tuttavia, in attesa di un improbabile impatto (*outcome*, ricaduta a distanza) di tale intervento, è difficile oggi immaginare che sia questa la strategia più efficace per ridurre il tasso d'analfabetismo e, conseguentemente, di povertà e dipendenza del sud del mondo. Nel corso degli ultimi mesi le “donazioni virtuali” sono state

Per corrispondenza:  
Maurizio Bonati  
E-mail: [mother-child@marionegri.it](mailto:mother-child@marionegri.it)

ampiamente pubblicizzate sia dai media sia dalle riviste biomediche internazionali, in particolare *BMJ* e *The Lancet*. Ma serve veramente regalare informazione (passiva)? O meglio: è sufficiente disporre di "accessi" virtuali per aumentare la quantità e qualità di prestazioni per la salute? Difficile rispondere sia guardando a Sud che a Nord. Guardando a Nord non sembra lecito rispondere di sì, se solo si considera che negli USA ogni medico spende per navigare in Internet circa sei ore alla settimana di cui solo una per cercare informazioni pertinenti alla sua pratica clinica; gran parte del rimanente tempo è dedicata ad informarsi, vendere e acquistare azioni bancarie o beni simili. Volgendo lo sguardo a Sud è difficile pensare che, per esempio, nell'ospedale di Marindi nel sud del Sudan, l'unico del distretto in cui abitano circa 200.000 abitanti, dove operano un solo medico e tredici infermieri per 80 posti letto, dove non c'è la luce e manca l'acqua corrente, l'offerta gratuita di risorse informatiche e di accessi ad Internet rappresenti un intervento di cooperazione allo sviluppo efficace, efficiente e prioritario. Come dice un cooperante locale: "Nell'epoca di Internet e dei satellitari, qui nessuno ha mai visto un telefono o sentito parlare di Ronaldo". Dicevamo priorità, equità, risorse... Malindi purtroppo non è l'eccezione, è la normalità di gran parte del Sud. È proprio pensando ai contesti reali che alcuni degli esempi utilizzati per supportare le potenziali risorse di Internet nei paesi in via di sviluppo sembrano irreali, quando non irresponsabili. Sulle pagine del *BMJ* è stata recentemente pubblicizzata la nascita di una nuova rivista oncologica, consultabile *full text* in Internet, specifica per i "paesi emergenti" (in particolare quelli asiatici), con l'esplicita finalità di diffondere l'informazione circa le più recenti ed utilizzate strategie diagnostico-terapeutiche. Particolare attenzione sarà posta alle leucemie dell'infanzia. Anche in questo caso si tratta di un'iniziativa potenzialmente meritoria, se solo si pensa che ogni anno sono circa 231.000 i nuovi casi di tumore nell'infanzia (prevalentemente leucemie), 80% dei quali in bambini dei paesi in via di sviluppo; però solo il 20% di questi bambini riceve adeguati tratta-

menti (cioè trattamenti basati sulle evidenze). Purtroppo la causa principale di tale *malpractice* è ben altra da quella di ignorare protocolli terapeutici moderni ed efficaci. La maggior difficoltà nel Sud del mondo in ambito terapeutico è, infatti, quella di disporre di farmaci costosi e non contemplati nella cosiddetta lista essenziale dell'OMS (come lo sono i chemioterapici). Situazione analoga è quella posta recentemente all'attenzione della comunità internazionale per il trattamento dell'AIDS: diritto garantito al Nord, negato al Sud. Eppure Kofi Annan intervenendo sui mali dell'Africa ha auspicato una rapida diffusione di Internet e non, per esempio, di farmaci retrovirali, specialmente in un continente dove ogni anno muoiono di AIDS milioni di esseri umani. I G 8 riuniti in Giappone hanno amplificato l'auspicio per una diffusione mondiale di Internet. "L'ingenuo" Clinton in visita ad un centro di salute di un villaggio indiano si meraviglia osservando una madre che sta "navigando" alla ricerca di informazioni su come curare il proprio figlio: potere della tecnologia (!). La notizia fa ovviamente il giro del mondo. Poco importa chiedersi la qualità dell'informazione trovata nella "rete" o più semplicemente se in questo caso Internet rappresenta un'alternativa alla mancanza di operatori sanitari. Diffidare non vuol dire rifiutare: è ancora una volta questione di metodo, di attitudine. È innegabile che Internet ha avuto e avrà ancora, effetti drammatici e rivoluzionari sul vivere quotidiano di tutti e nei differenti contesti del pianeta. Come li ebbe l'elettricità (che rappresentò secondo alcuni la "Seconda Rivoluzione Industriale"), ma anche il grammofono, il telefono e la ferrovia, e non solo a Macondo, ampliando, riducendo e distorcendo spazi e tempi, ritmi e modalità del vivere quotidiano. Bisogna però anche valutare e non omettere i limiti intrinseci alla tecnologia e quelli associati alla sua applicazione e distribuzione. Così da presentare non solo la speranza, ma anche le relative delusioni, valorizzando la curiosità, ma anche il disincanto. Perché l'opportunità di "connessione" tra persone non equivale a relazione né, tantomeno, a partecipazione.

<<Poco distante dalla Puerta de el Oroji,

*l'ingresso della città vecchia di Cartagena de las Indias, sul marciapiede, tra venditori di piccole e colorate mercanzie, ci sono cinque sedie disposte in fila. Di fronte a ciascuna sedia un rudimentale banchetto con una vecchia macchina da scrivere (tipo Lettera 60) ed uno scrivano. Il primo e l'ultimo della fila stanno lavorando con una biro. Di fronte al primo scrivano, c'è un ragazzino, avrà forse 12 anni, con un foglio sgualcito in mano, con scritte manuali a grandi caratteri, che però non consulta. Il quinto scrivano sta invece dando forma alle parole di un'anziana donna negrita. Due estremi d'età le cui attese sono (ancora, nel terzo millennio) le stesse. All'angolo opposto del marciapiede un negozio d'informatica, con in bella mostra la scritta "Internet office". Più che un buco di magazzino, un bazar impolverato, un deposito d'antichità informatiche. Il giorno successivo il marciapiede è sgombro: nessun ambulante, nessuno scrivano e la quasi totalità dei negozi è chiusa. C'è in visita Clinton. L'ordine apparente, conferisce un'atmosfera irreali a luoghi sempre colorati, vocianti e vissuti. Ma per un giorno il controllo della vita cittadina deve essere garantito. Quello della vita virtuale, testimonianza dello sviluppo, non necessita restrizioni: l'Internet office è, infatti, aperto e funzionante>>. ■*



# Dolce e mostruoso cartoon

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 20

*Periodica è la discussione sul "danno" ai bambini da cartoni animati. "Dinosauri" l'ha riattivata, con le urla di spavento che ne hanno accolto la proiezione. Proviamo a ragionarci?*

Puntuali come il panettone e la tombola, a Natale arrivano anche i cartoni animati per bambini. Nel 1998 *Il principe d'Egitto*, *Mulan*, *La gabbianella e il gatto*; nel 1999 *Tarzan*, *Kirikù e la strega Karabà*, *Il gigante di ferro*; nello scorso Natale *Pokemon 2*, *Principi e principesse*, *Babar re degli elefanti*, *Galline in fuga*.

Si dice, mentendo e sapendo di mentire: dobbiamo pensare anche a riempire i pomeriggi dei bambini. In realtà i produttori sanno bene che dietro ogni bambino c'è almeno un adulto; e ciò vuol dire doppio incasso. Vuol dire anche strizzare l'occhio ai genitori, accattivarsi, prenotarsi per un'altra occasione.

Una volta a fare la parte del leone c'era la Disney. Da qualche anno a questa parte il monopolio del colosso americano deve fare i conti con la concorrenza. E non si guarda più per il sottile. Al punto da scatenare un dibattito sul tema: "Ma sono proprio tanto innocui questi film di animazione?" La denuncia è arrivata da alcuni genitori dopo avere assistito alla proiezione (e alle urla di spavento dei più piccoli) di *Dinosauri* di Zondag e Leighton. Ma la querelle è vecchia e le accuse coinvolgono soprattutto i cartoni animati e i pupazzi giapponesi che, da un po' di tempo, hanno invaso i televisori delle nostre case e le stanzette dei nostri bambini. Si passa dalla perplessità all'indignazione, dall'accettazione passiva alla levata di scudi. Per qualcuno la responsabilità è dei produttori che pensano solo a fare quattrini, per qualche altro del governo che non tutela i minori. Sul banco degli imputati sono stati chiamati la censura, la famiglia, la scuola, gli educatori... E c'è, ovviamente, anche un nutrito numero di difensori: lo psicologo che fa notare come anche la favola di *Cappuccetto Rosso* è violenta; il pedagogo che rileva come, tutto sommato, siamo solo in un contesto di violenza simulata; il sociologo che sostiene la necessità di preoccuparsi maggiormente della violenza che si annida nella società,

quella stessa violenza che ci viene trasmessa da scene orripilanti all'interno delle notizie dei telegiornali, dei dibattiti, degli incontri sportivi...

Mi ricordo di avere preso parte, circa dieci anni fa, a una tavola rotonda sul tema: *Un orco di nome schermo*. Il sottotitolo era: *Quale violenza delle immagini*. Ebbene, anche allora si era arrivati alle stesse non-conclusioni. Come dire che il problema si è protratto nel tempo senza trovare una soluzione definitiva.

Rileggo il mio intervento e noto che, dopo avere denunciato le colpe di chi gioca sulla pelle dei bambini per ottenere guadagni economici, concludevo invitando le varie agenzie educative a insistere sulla costruzione di una coscienza critica. Analogamente a ciò che avviene con la formazione scolastica - dicevo - è necessario abituare i bambini a un consumo critico delle immagini, dialogare con loro, non lasciarli pericolosamente soli.

Non ho ancora cambiato idea. ■

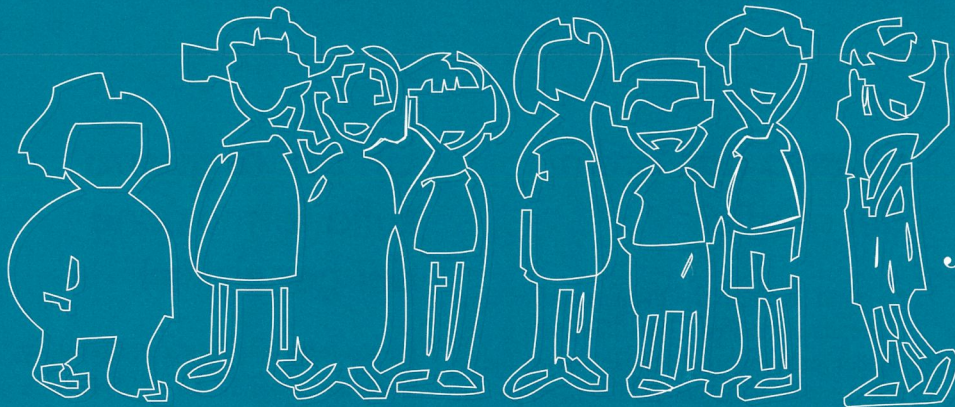


Per corrispondenza:

Italo Spada,

E-mail: [italospada@libero.it](mailto: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 contribuisce ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini ed istituzioni.

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

## **Attività editoriale**

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

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

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

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

## **Formazione ed aggiornamento**

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

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

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

## **Ricerca**

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

L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

## **La pagina Web dell'ACP**

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

## Crediti formativi

È attivo sul sito del Ministero della Sanità, [www.sanita.it](http://www.sanita.it), il *link* per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.).

I crediti formativi verranno attribuiti dal Ministero della Sanità tramite gli Organizzatori delle attività formative, che saranno stati accreditati secondo i criteri e le modalità definite dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Ai fini del Programma Nazionale di E.C.M. hanno valore solamente i crediti formativi attribuiti dalla Commissione Nazionale. Ciascun medico dovrà conseguire 150 crediti per ogni triennio, con un minimo per ogni anno di 20 e un massimo di 80. Il programma prevede una fase sperimentale a partire da Gennaio 2001, si andrà a regime dal 1° luglio 2001. Da questa data saranno obbligatori i corsi di aggiornamento.

*red.*

## In pista a Courmayeur: formazione alle 16.00

Nei giorni 22-23-24 febbraio sono previste tre "intense giornate" di pediatria a Courmayeur. Il programma inizia ogni giorno alle 16.00. Dopo questa ora, e non prima, scenderanno in pista "le più moderne tendenze nella formazione permanente". Titolo del convegno, giunto al sesto anno, è: "Incontri di Pediatria tra Ospedale e Territorio" (nel senso di luoghi aperti); il costo, in milioni di lire, per un soggiorno da tre a sette giorni, va da 1 a 1.8, compresa l'iscrizione. L'incontro è patrocinato da: SIP e FIMP.

*red.*



## Guerra agli ordini dei medici

La storia comincia con l'*Antitrust* che rileva come alcune deliberazioni degli ordini dei medici realizzino un "cartello" e limitino la concorrenza. Per esempio: l'obbligo per gli iscritti di adeguarsi ad un tasso di sconto unitario per le convenzioni con le mutue private, lavorare solo con le mutue che privilegiano certi tipi di rapporto o, ancora, il parere obbligatorio dell'Ordine sulla scelta dei medici da convenzionare. Per questo ha inflitto alla FNOMCeO una multa di 123 milioni. Il parere dell'*Antitrust* nasce dal considerare i professionisti raccolti nella FNOMCeO delle "associazioni di imprese" e non dei prestatori d'opera intellettuale. Prevedibile il ricorso al TAR. Durissimi i commenti di FIMMG e ANAAO (*Il Sole 24 Ore - Sanità 17-23/10/00*) e da ciò la *querelle* che ha portato alla sfiducia e poi alle dimissioni di Pagni, accusato di non essere stato combattivo contro la sentenza. La sfiducia nasconde certamente motivazioni più consistenti. I sindacati più potenti (ANAAO e FIMMG) non erano soddisfatti del desiderio di Pagni di dare alla FNOMCeO una rappresentanza culturale forse troppo alta e, probabilmente, fondata solo sulla sua personalità.

La meccanica della sostituzione di Pagni (che ha denunciato uno stile più sindacale che ordinistico nella vicenda) si è meglio delineata in seguito: gli ordini dei medici di Cosenza, Palermo, Napoli, Taranto, Torino, Venezia hanno presentato un documento che confermava la sfiducia a Pagni e sosteneva che la presenza dei sindacati negli ordini era una ricchezza. Gli ordini dei medici della Lombardia (meno Bergamo) hanno presentato un documento che esprimeva "il disagio di tutti i medici di fronte ad un evento unico nella storia della FNOMCeO" [la richiesta di dimissioni del Presidente *ndr*]. A votare si sono presentati 69 presidenti su 103 e sono stati eletti nel nuovo Comitato Centrale i presidenti degli ordini di Rimini, Udine, Torino, Matera, Taranto, Venezia, Roma, Terni, Modena, Bergamo e Napoli (il cui presidente Del Barone, deputato al parlamento, è stato poi eletto presidente). Staremo a vedere.

*g.c. b.*

## Un po' di guerra sulla formazione dei generalisti

La FIMMG è il sindacato dei medici di medicina generale. La SIMMG è la consorella società scientifica. D'amore e d'accordo fino a qualche tempo fa. Nel momento in cui deve avvenire l'accREDITAMENTO delle società scientifiche la FIMMG si scioglie dal legame con la Simmg e istituisce un Comitato Tecnico Scientifico al servizio di una nuova politica per la formazione, producendo un documento di sovrapposizione con la SIMMG e affermando che "la nuova personalità politica del sindacato ha riproposto un impegno diretto della FIMMG nella organizzazione e gestione della formazione e dell'aggiornamento professionale... per organizzare in modo completo e organico l'attività scientifica ... dei medici di medicina generale". La SIMMG, al convegno di Orvieto su "Tempi moderni" (*Il Sole 24 Ore - Sanità del 6/11/00*), ha parlato del "venire avanti di uomini di potere anche di estrazione sindacale" che cercano di oscurare il ruolo delle società scientifiche in un campo "ricco" come quello della formazione.

*g.c. b.*

## Le carte dei servizi: servono agli utenti?

Alcune considerazioni sulle carte dei servizi sono riportate da Management (ottobre 2000) a cura di uno scrittore acuto che si cela sotto il nome di Spartaco Autistico. Dice l'autore che l'obiettivo delle carte dei servizi era quello di annullare le differenze di conoscenze di disponibilità di servizi fra utilizzatori dei servizi e redattori delle carte: cioè, in sostanza, fra management e utenti.

In realtà questa ipotesi si è dimostrata lontana dalla possibilità di tradursi in realtà concreta; le carte dei servizi sono quindi nate fra l'indifferenza degli utilizzatori. Anche perché esse non sono state

il risultato di un cambiamento organizzativo ma, semmai, la premessa perché questo si realizzasse; sono quindi servite più al *management* per capire quanto non andava per il verso giusto che agli utenti per orientarsi nel labirinto delle offerte.

red.

## I medici di famiglia e la privacy

La legislazione sulla privacy (Legge 615/96 e DPR 318/99) prevede alcune incombenze per i medici che devono registrare in archivio, cartaceo o informatico, e utilizzare i dati personali degli assistiti.

La scadenza, fissata inizialmente per il 31 marzo 2000, è stata prorogata al 31 dicembre per coloro i quali entro l'11 dicembre avessero autocertificato l'impossibilità ad adeguarsi entro tale data.

Premesso che non va inoltrata alcuna notifica al Garante, i medici di assistenza primaria, pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, che non hanno già provveduto, dovranno mettere in atto "le misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali".

È necessario, innanzi tutto, acquisire il consenso scritto del paziente (del genitore o del tutore nel caso dei bambini) che autorizza a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali. Il consenso si estende anche ai sostituti in caso di assenza del medico di fiducia stesso.

Il medico, titolare del trattamento dei dati, dovrà adottare misure diverse a seconda che utilizzi un archivio cartaceo o informatico. Nel primo caso basterà un contenitore provvisto di serratura, nel secondo si dovrà inserire una *password* di accesso ai dati, dotarsi di un *antivirus*, un gruppo di continuità e di un sistema di *backup* per le copie di riserva. In entrambi i casi necessita un'autorizzazione scritta per il sostituto, la segretaria, l'infermiera, ciascuno per la propria competenza. Un altro documento deve elencare le persone che, pur non avendo accesso ai dati, sono ammesse a frequentare i locali contenenti gli archivi durante l'orario di chiusura (per esempio: personale addetto alle pulizie). Sono previste, secondo i casi, sanzioni

amministrative (da 1 a 6 milioni di multa) e penali (reclusione da due mesi a due anni) per chi, essendovi tenuto, non adotta le misure necessarie a garantire la tutela e la sicurezza dei dati personali trattati.

g. m.

## Virus e obesità

Se polli e topi vengono infettati con l'adenovirus 36 la loro massa grassa aumenta di circa il doppio. Questi esperimenti erano stati già condotti sugli animali, ma lo studio dei ricercatori del Wisconsin è interessante perché è la prima volta che un tale effetto viene dimostrato con virus che possono infettare l'uomo (*Pediatr Infect Dis J* 2000;19: newsletter n. 10)

s. c.n.

## Allattamento senza commento

Il regolamento interno del nido di un ospedale italiano detta regole di cui pubblichiamo testualmente brani di un certo interesse.

- No all'entrata delle mamme nel nido, ma nella stanza attigua, per allattamento a richiesta.

- Non chiamare le mamme troppe volte; può andar bene dalle 6 alle 10 volte.

- Farli attaccare 10 minuti per parte e non di più; i neonati si stancano, succhiano aria (più che con succhiotto, con cui tirano meno).

- Assolutamente i neonati non vengono presi o riportati al nido dalle mamme (scale, ascensori di mezzo, non siamo sullo stesso piano).

- Dell'allattamento parla solo il neonatologo; le spiegazioni vengono effettuate nei giorni di lunedì, mercoledì, venerdì mattina; non parlano né decidono le infer-

miere del nido.

- Noi il succhiotto-silenzio lo diamo ai neonati, poi lo abbandonano da soli.

- Informare le mamme, anche se è domenica, dell'importanza di acquistare la scatola di latte artificiale.

- Il *rooming-in*: si potrà fare quando ci saranno delle stanze apposite, non nel letto della mamma o con più mamme in una stanza.

- Non mettere i neonati sulla pancia della mamma appena nati; quando è tranquilla la mamma e caldo il neonato, lasciarlo in sala travaglio per 10-15 minuti, non di più.

- Si lasciano i neonati con la mamma in questi orari: 9.30-11.00 e 15.30-17.30 (20/06/2000).

red.

## Spendiamo troppo in farmaci? Forse non è vero

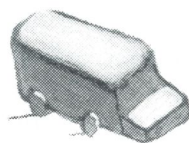
L'osservatorio nazionale sull'impiego dei farmaci, creatura voluta dalla finanziaria del 1998 ha fatto una prima valutazione dei consumi. Cose che si sapevano. Gli italiani mangiano una quantità di antiipertensivi, in specie betabloccanti, di

Paese	Spesa farmac. sul PIL (%)
Olanda°	0,93
Regno unito*	1,09
Germania*	1,27
Italia°	1,34
Spagna*	1,45
USA°	1,47
Francia°	2,05

\* Dati 1997  
° Dati 1998

anti-H<sub>2</sub> e di antibiotici (*Il Sole 24 Ore - Sanità* 19-25/12/2000). Scandalo? Fino ad un certo punto: se guardiamo la spesa per farmaci ribaltata sul PIL l'ordine dei consumi è quello riportato in *tabella*

g.c. b.



## SVEZIA

### Il premio Nobel per la medicina

Il Nobel per la medicina di quest'anno è andato a A. Carlsson (Goteborg), P. Greengard (Rockefeller U., New York), E. Kandel (Columbia U., New York). Riasumiamo brevemente le motivazioni.

Carlsson ha scoperto che la dopamina è un neurotrasmettitore, non solo come precursore della noradrenalina; la scoperta è di gran rilievo perché il Parkinson è causato da ridotte concentrazioni di dopamina nei gangli della base e il suo trattamento si basa sulla L-DOPA.

Greengard ha scoperto che alla base del processo di comunicazione sinaptica fra i neuroni i messaggeri chimici (dopamina, noradrenalina, serotonina) sta la fosforilazione delle proteine che è attivata dall'AMP ciclico attraverso enzimi che sono le kinasi. Ne segue una complicata catena di fosforilazione-defosforilazione.

Kandel ha, anche lui, investigato il ruolo della fosforilazione delle proteine nel segnale neuronale, ma il suo principale interesse è la ricerca sulla memoria a lungo e breve termine, della quale ha descritto i meccanismi molecolari (*Nature* 2000;407:661).

*g.c. b.*

## OMS

### Lobbying su quando divezzare

Le linee guida dell'OMS in vigore attualmente suggeriscono che l'aggiunta di cibi solidi al latte materno può iniziare al 4°-6° mese (*BMJ* 2000; 321:501).

Molti nutrizionisti suggeriscono che questa indicazione è imprecisa e comporta l'inizio del divezzamento anche al 3° mese. Essi chiedono perciò all'OMS di cambiare la raccomandazione definendo il tempo come "about 6 months". Alcuni Stati membri si sono preparati a proporre la nuova dizione all'Assemblea OMS del maggio 2001.

L'Associazione Internazionale "Infant

Food Manufacturers" ha elaborato un documento che dice: "Ogni azione dell'OMS che abbia riflessi sulla nutrizione infantile dev'essere rimandata all'Assemblea OMS del 2002 perché è nel 2002 che sarà terminato uno studio internazionale sulla crescita dei bambini".

I sostenitori della decisione entro il 2001 affermano che tra gli obiettivi dello studio non è prevista alcuna indagine sul rapporto fra tempo del divezzamento e crescita.

Anche all'OMS, insomma, c'è un Ufficio Complicazioni Affari Semplici. Oppure c'è semplicemente un Ufficio Affari.

*red.*

## UE

### Malattie rare

Il parlamento europeo ha definito "malattie rare" o "orfane" quelle che hanno una prevalenza di meno di 5 casi per 10.000 abitanti. È stato stimato che 30 milioni di persone in Europa sono affette da malattie rare. Il parlamento ha fissato, analogamente a quanto già avviene negli States, in dieci anni il monopolio per le industrie che producono farmaci per le malattie rare vista la scarsa redditività di impresa per ricerche e commercializzazioni in tale ambito.

*g.c. b.*

## FRANCIA

### Abuso di farmaci in gravidanza

Una ricerca su 1.000 gestanti in Francia rivela che il 99% ha assunto almeno un farmaco durante la gravidanza. L'1,6% ha avuto prescritti farmaci della categoria X, secondo la Classificazione dei farmaci a rischio della FDA (rischio per il feto superiore al beneficio per la madre; ad esempio il misoprostol, il clomifene, l'estradiolo o l'estriolo); il 59% ha assunto farmaci di categoria D (il beneficio per la madre ne rende accettabile il rischio comunque dimostrato per il feto; per esempio fenobarbital, aspirina ad alte dosi

nel primo trimestre, benzodiazepine); il 79% ha assunto farmaci di categoria U (assenza di studi di sicurezza sull'uomo e/o sull'animale; per esempio varie erbe, come valeriana officinalis, ballotta nigra e farmaci come elicidina, examidina, mura-midasi).

*s. c.n.*

## UE

### Morti per inquinazione

Uno studio in Francia, Austria e Svizzera dimostra che il 6% della mortalità generale è legata all'inquinamento. Ciò equivale a 40.000 morti per anno. Sempre all'inquinamento sono dovuti 25.000 nuovi casi di bronchite cronica nell'adulto, 290.000 di bronchite nei bambini, 500.000 accessi di asma e più di 16 milioni di giorni di lavoro perduti (*Lancet* 2000;356:795). La metà dei danni da inquinamento è dovuta al traffico.

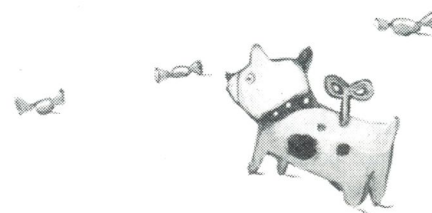
*g.c. b.*

## GRAN BRETAGNA

### Scienza amica

Le compagnie di assicurazioni inglesi hanno chiesto al governo di potere usare lo screening genetico per la Malattia di Huntington per identificare i portatori del gene e usare la conoscenza per la stipulazione delle assicurazioni sulla vita. Il test è stato messo a disposizione delle famiglie di malati di Huntington dal Comitato di genetica inglese appena una settimana prima che le compagnie facessero la loro richiesta (*Nature* 2000;407:826).

*g.c. b.*







## USA

### Nasce Pub Med Central

Potrebbe essere la svolta nel campo dell'editoria medica scientifica. Gli editori del *BMJ* (*BMJ* 2001;322:1) ritengono che l'iniziativa dell'US National Institutes of Health "if successful, will benefit science and so clinical medicine and patient care". Il *BMJ* è la quindicesima rivista che aderisce all'iniziativa di rendere disponibili gratuitamente e in full text i propri articoli. Nell'editoriale gli illuminati editori auspicano che molte altre riviste seguano questa via. La frase di George Bernard Shaw che riportano in testa all'articolo ci sembra che chiarisca i presupposti e gli scopi di quest'iniziativa: "se tu hai una mela e io ho una mela e le scambiamo, io e tu continueremo ad avere una mela ciascuno. Ma se tu hai un'idea e io ne ho un'altra e le scambiamo, alla fine ognuno di noi avrà due idee" (<http://pubmedcentral.nih.gov>).

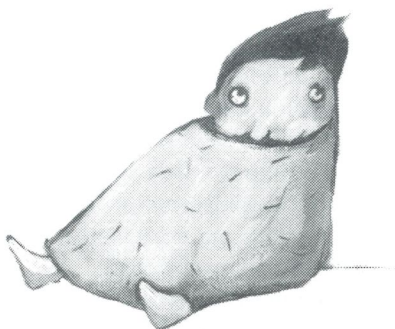
s.c. n.

## CANADA

### Concessa la marijuana per uso analgesico

L'Alta Corte canadese ha rimosso il divieto per un cittadino di Calgary, affetto da sclerosi multipla, di coltivare marijuana per uso personale analgesico, ma gli ha impedito di cederla, anche senza personale profitto, ad altri malati (*Lancet* 2000;356:2168).

g.c. b.



## FINLANDIA

### Modificata la dichiarazione di Helsinki

La Dichiarazione di Helsinki (<http://www.faseb.org/arvo/helsinki.htm>), che regola, sotto forma di raccomandazioni, la ricerca biomedica che coinvolge l'uomo, è stata modificata; si tratta del quinto emendamento da quando, nel 1964, è stata proposta dalla World Medical Association. La modifica riguarda l'inserimento di una frase che vieta l'esecuzione di studi di efficacia dei farmaci laddove non sia possibile assicurare che, alla fine del trial, la popolazione su cui è stata eseguita la sperimentazione abbia la possibilità di avere a disposizione il farmaco, se efficace. È noto che, nel corso degli ultimi anni, questi studi si sono moltiplicati nei paesi in via di sviluppo, sollevando numerosi problemi di eticità (*Lancet* 2000;356:1336).

s. c.n.

## USA

### Cancro in viaggio verso Marte

La NASA e il National Cancer Institute stanno affrontando un problema: come si può evidenziare un cancro in un astronauta in viaggio verso Marte (tempo 4 anni) e curarlo da terra? I due enti spenderanno ciascuno 10 miliardi di dollari nei prossimi 5 anni (*Science* 2000;288:415).

red.

## USA

### È morto Avedis Donabedian

È morto, nel Michigan, a 83 anni Avedis Donabedian, uno dei padri fondatori del movimento per il miglioramento delle pratiche mediche e sanitarie; ha lasciato un segno sulla concettualizzazione dei problemi epidemiologici e sulla loro soluzione. Donabedian ha pubblicato in Italia,

nel 1990, il volume "La Qualità dell'assistenza sanitaria", un piccolo classico a cura della Nuova Italia Scientifica.

g.c. b.

## Svezia

### Il premio IG Nobel per la medicina

Il premio Ig Nobel 2000, assegnato per la decima volta presso la Harvard University, nel campo della medicina è andato a W.W. Schultz, P. Van Andel, E. Mooyart e ad I. Sabelis di Groningen per il lavoro "Magnetic Resonance Imaging of Male and Female Genitals during Coitus and Female Sexual Arousal" pubblicato su *BMJ* 1999;319:1596. Non sappiamo se la regia sia stata affidata ad un regista italiano molto versato nel settore.

Per la fisica il premio è andato a M. Berry per il lavoro sull'uso del magnete per lievitare rospi e lottatori di sumo.

Il premio nel campo della salute pubblica è stato attribuito a J. Wyatt e W. Tullet che hanno descritto il meccanismo di collasso dei *water closed* in una epidemia a Glasgow (*Nature* 2000;407:665).

red.

## OMS

### Polio-risparmi

Si calcola che quando la polio sarà eradicata in tutto il mondo, 1.5 miliardi di dollari, risparmiati per anno, potranno essere usati, in sanità, per scopi diversi dalla produzione di vaccino e dall'organizzazione delle vaccinazioni (*Lancet perspectives* 2000;356:s22).

red.



# La mortalità infantile nel 1996

Carlo Corchia, Gianfranco Scarpelli

U.O. di Neonatologia, Azienda Ospedaliera, Cosenza

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 26-29

*Persiste il divario Nord Sud per la mortalità infantile e per le sue componenti. Così in undici regioni i tassi di mortalità infantile sono al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del valore medio nazionale; in sei casi sono sotto il valore e in cinque sono sopra. Cerchiamo di capire quali sono le variabili alla base della persistenza di questo divario.*

La mortalità infantile in Italia nel 1996 (ISTAT: Nascite, caratteristiche demografiche e sociali, anno 1996; ISTAT: Decessi, caratteristiche demografiche e sociali, anno 1996) è risultata del 6,05 /1.000 (popolazione residente). Negli anni precedenti i valori osservati erano stati rispettivamente del 6,13 /1.000 nel 1995, del 6,53 /1.000 nel 1994 e del 7,1 /1.000 del 1993. La mortalità neonatale totale e la mortalità post-neonatale nel 1996 sono risultate rispettivamente del 4,56 e dell'1,48 /1.000, mentre nel 1995 erano state del 4,60 e dell'1,53 /1.000.

Nella **figura 1** è illustrato l'andamento della mortalità infantile, della mortalità neonatale totale e della mortalità neonatale precoce negli anni novanta.

La maggiore riduzione dei tassi si è verificata tra il 1991 e il 1995, con un andamento quasi lineare. Fra il 1995 e il 1996 il decremento è stato molto meno marcato; addirittura, la mortalità neonatale precoce è leggermente aumentata dal 3,38 al 3,41 /1.000.

Nel corso degli anni novanta la distribuzione dei morti per età al decesso si è leggermente modificata, come si può vedere nella **figura 2**. Tale modifica è stata di segno opposto rispetto a quella osservata ininterrottamente dal 1950 fino a circa metà degli anni ottanta, periodo nel quale la quota di bambini deceduti dopo il primo mese si era progressivamente ridotta, mentre era aumentata quella dei morti in epoca neonatale, soprattutto nei primi sette giorni.

Negli ultimi anni le morti dopo la prima settimana sono di nuovo proporzionalmente un po' aumentate (morti neonatali tardive: dal 15,9% al 19%; morti post-neonatali: dal 22% al 24,6%), presumibilmente come conseguenza di una posticipazione dei decessi di neonati critici. La quota di morti nella prima settimana è così diminuita dal 62,2% nel

1990 al 56,4% nel 1996.

Nella **tabella 1** sono presentati il numero di nati vivi, la mortalità infantile e la mortalità perinatale, con relative componenti, nelle regioni e aree geografiche italiane. È evidente la nota e persistente differenza fra le regioni settentrionali e quelle meridionali. Il tasso più basso di mortalità infantile è quello del Friuli Venezia Giulia (4,04 /1.000), il più alto quello della Sicilia (9 /1.000). Per quel che riguarda la mortalità neonatale totale, il tasso più basso è stato osservato in Val d'Aosta (1,72 /1.000), il più alto sempre in Sicilia (7,30 /1.000). Per la mortalità perinatale il tasso più basso è quello della Val d'Aosta (3,50 /1.000), il più alto, ancora una volta, quello della Sicilia (10,80 /1.000).

In undici casi i tassi di mortalità infantile sono al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del valore medio nazionale, calcolati di volta in volta sulla base del numero di nascite osservate nelle singole regioni; in 6 casi sono al di sotto (Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Lazio) e in 5 al di sopra (Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Per la mortalità perinatale i tassi al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del valore medio nazionale sono 9, di cui 5 al di sotto (Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Toscana e Lazio) e 4 al di sopra (Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia). Nel 1995 i valori al di fuori degli intervalli di confidenza al 95% del tasso medio nazionale erano stati 9 per la mortalità infantile (5 al di sotto e 4 al di sopra) e 7 per la mortalità perinatale (4 al di sotto e 3 al di sopra). Sembra quindi essersi verificata un'accentuazione della polarizzazione già esistente tra regioni centrosettentrionali e meridionali.

Se si prendono in esame le aree geografiche, i tassi di mortalità aumentano progressiva-

Per corrispondenza:

Carlo Corchia

E-mail: [carlocorchia@tin.it](mailto:carlocorchia@tin.it)

mente andando da Nord a Sud, ad eccezione della mortalità post-neonatale, della nati-mortalità e della mortalità perinatale, che sono più basse nelle regioni centrali (1,23-3,19 e 6,08 /1.000) rispetto a quelle settentrionali (1,35-3,88 e 6,43 /1.000). I rapporti tra tassi (RR), prendendo come riferimento quelli del Nord, sono illustrati nella *tabella 2*. Questi rapporti significano, per citare solo alcuni esempi, che i tassi di mortalità neonatale totale e di mortalità infantile nelle regioni meridionali sono più alti rispettivamente del 68% e del 56% di quelli delle regioni settentrionali (nell'anno precedente questi valori erano stati del 69% e del 57%). La differenza tra Nord e Centro è invece molto

meno marcata. Cinque regioni, tutte meridionali, hanno una mortalità infantile superiore al 7 /1.000 (*tabella 1*), mentre fra le 7 regioni con un tasso inferiore o uguale al 5 /1.000 solo una (l'Umbria) non appartiene all'area settentrionale.

#### Relazione tra mortalità neonatale totale e mortalità post-neonatale

Una buona qualità delle cure può riflettersi in bassi tassi di mortalità sia nel primo mese di vita che nei successivi undici mesi; alti tassi di mortalità post-neonatale potrebbero essere anche la conseguenza di una posticipazione di decessi oltre il primo mese di vita e associarsi, quindi, a una bassa mortalità neonatale. Nessuna di

queste ipotesi sembra confermata, a prima vista, dall'analisi dei tassi di mortalità delle regioni del nostro paese.

Tuttavia, se si prende in esame il posto che ciascuna regione occupa nella graduatoria (dal valore più basso a quello più alto) per ciascuno dei due valori di mortalità, è possibile suddividere le stesse regioni nei quattro gruppi illustrati nella *tabella 3*. Tutte le regioni del gruppo A ad eccezione della Basilicata hanno un valore di mortalità infantile più basso del limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 95% del tasso medio nazionale; queste quattro regioni possono essere considerate, in senso globale, "l'eccellenza" per quel che riguarda le condizioni di salute,

Tabella 1. Mortalità infantile /1.000 nati vivi, mortalità perinatale /1.000 nati e loro componenti nelle regione ed aree geografiche italiane nel 1996

	Nati vivi	MNP	MNT	MI	MNTard	MPNeo	NM	MPNatale
Piemonte	33.164	3,65	4,67	5,97	1,03	1,30	4,47	8,10
V. d'Aosta	1.161	0,86	1,72	4,31	0,86	2,58	2,64	3,50
Lombardia	77.349	2,37	3,21	4,42	0,84	1,22	3,54	5,90
Trentino A.A.	10.103	1,98	2,97	4,45	0,99	1,48	3,43	5,40
Veneto	39.292	1,91	2,98	4,68	1,07	1,71	3,70	5,60
Friuli V.G.	8.673	2,31	3,00	4,04	0,69	1,04	4,00	6,30
Liguria	10.890	2,39	3,58	5,05	1,19	1,47	4,52	6,90
Emilia R.	28.774	3,13	3,72	4,97	0,59	1,25	4,29	7,40
Toscana	25.527	3,25	4,47	5,68	1,21	1,21	2,66	5,90
Umbria	6.203	2,58	3,22	5,00	0,64	1,77	5,03	7,60
Marche	11.244	3,29	4,00	5,16	0,71	1,16	3,52	6,80
Lazio	46.296	2,66	3,93	5,12	1,27	1,19	3,15	5,80
Abruzzo	10.739	5,03	6,33	7,92	1,30	1,58	4,19	9,20
Molise	2.822	2,83	4,61	6,02	1,77	1,42	4,78	7,60
Campania	70.352	4,04	5,50	7,22	1,46	1,72	4,28	8,30
Puglia	43.254	3,93	5,16	7,05	1,23	1,90	3,99	7,90
Basilicata	5.760	3,13	3,82	5,21	0,69	1,39	5,99	9,10
Calabria	20.424	4,11	5,63	7,39	1,52	1,76	5,71	9,80
Sicilia	55.776	5,79	7,30	9,00	1,51	1,70	5,04	10,80
Sardegna	14.112	3,19	4,39	5,60	1,20	1,20	5,43	8,60
Nord	209.406	2,56	3,46	4,81	0,90	1,35	3,88	6,43
Centro	89.270	2,90	4,04	5,28	1,14	1,23	3,19	6,08
Sud+Isole	223.239	4,42	5,81	7,51	1,39	1,70	4,66	9,06
<b>Totale</b>	<b>521.915</b>	<b>3,41</b>	<b>4,56</b>	<b>6,05</b>	<b>1,15</b>	<b>1,48</b>	<b>4,10</b>	<b>7,50</b>

MNP: Mortalità neonatale precoce - MNT: Mortalità neonatale totale - MI: Mortalità infantile - MNTard: Mortalità neonatale tardiva  
MPNeo: Mortalità post-neonatale - NM: Natimortalità - MPNatale: Mortalità perinatale

la qualità delle cure e l'assistenza nel primo anno di vita. Per converso le regioni del gruppo D sono le stesse la cui mortalità infantile è più alta del limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95% del valore medio nazionale; esse, pertanto, possono essere considerate, sempre in senso globale, quelle in cui lo stato di salute nell'infanzia e la qualità dell'assistenza e delle cure sono peggiori.

**Mortalità infantile e allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale**

Nel Rapporto Annuale "La situazione del Paese nel 1999" l'ISTAT ha pubblicato un approfondimento sulle relazioni esistenti tra bisogni sanitari e allocazione delle risorse nelle regioni italiane. Lo studio è stato effettuato mediante un'analisi delle componenti principali (una tecnica multivariata), utilizzando una serie di indicatori, relativi agli anni 1997 e 1998, di alcune dimensioni sanitarie quali, tra l'altro, l'offerta di primo e secondo livello, l'offerta ospedaliera e il bisogno sanitario delle popolazioni. Per ciascuna di queste dimensioni è stata costruita una graduatoria delle regioni. Tali graduatorie sono state poi confrontate con quelle relative al finanziamento e alla spesa sanitaria regionale pro-capite nel 1998. In sintesi i risultati dimostrano come siano frequenti differenze tra le posizioni delle regioni nelle

graduatorie di offerta, di spesa e di finanziamento e in quella di bisogno sanitario. L'ISTAT sottolinea come il bisogno sanitario dovrebbe ricoprire un ruolo più importante nei criteri di ripartizione delle risorse finanziarie alle regioni.

Alcuni dei risultati di questo approfondimento sono stati da noi messi in relazione con la graduatoria delle regioni relativa alla mortalità infantile nel 1996 illustrata nella **tabella 1**. Le dimensioni prese in esame sono state:

- a) la riorganizzazione delle ASL, intesa nel senso indicato dalle leggi di riforma sanitaria del 1978 e 1992;
- b) l'offerta sanitaria globale, risultante dalla disponibilità di risorse umane e strumentali di secondo livello, dalla disponibilità di medici e dall'offerta ospedaliera per acuti;
- c) la presenza di particolari specializzazioni a livello ospedaliero;
- d) il bisogno sanitario, risultante dalla sintesi di alcuni indicatori quali la struttura per età della popolazione, la mortalità generale e per alcune cause di morte, l'aspettativa di vita, la presenza di individui affetti da malattie cronic-degenerative, la presenza di disabili e invalidi e la percezione soggettiva del proprio stato di salute da parte dei cittadini. Nel 1998 le risorse finanziarie assegnate alle regioni ammontavano mediamente a lire

Figura 1. Mortalità infantile in Italia negli anni '90

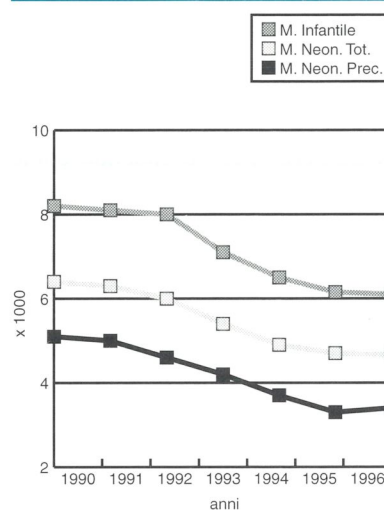


Figura 2. Distribuzione dei morti nel I anno di vita

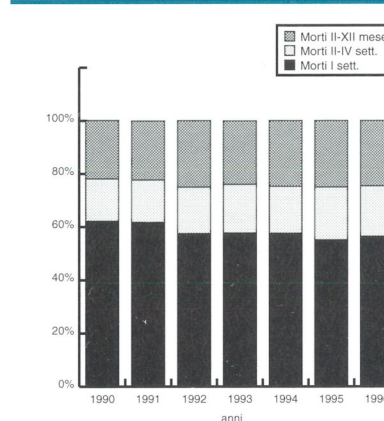


Tabella 2. Rapporti tra i tassi di mortalità (RR) per area geografica

	MNP	MNT	MI	MNTard	MPNeo	NM	MPNatale
Nord	1	1	1	1	1	1	1
Centro	1,13	1,17	1,10	1,27	0,91	0,82	0,95
Sud+Isole	1,73	1,68	1,56	1,55	1,26	1,20	1,41

Tabella 3. Classificazione delle regioni in base alle rispettive posizioni nelle graduatorie di mortalità neonatale totale e mortalità post-neonatale nel 1996

Gruppo	Posizione MNT (mortalità)	PosizioneMPNeo (mortalità)	Regioni
A	1-10 (<4 /1.000)	1-10 (<1,4 /1.000)	Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna, Basilicata, Lazio
B	1-10 (<4 /1.000)	11-20 (≥1,4 /1.000)	Liguria, Trentino Alto Adige, Veneto, Umbria, Val d'Aosta
C	11-20 (≥4 /1.000)	1-20 (<1,4 /1.000)	Marche, Sardegna, Toscana, Molise, Piemonte
D	11-20 (≥4 /1.000)	11-20 (≥1,4 /1.000)	Puglia, Campania, Calabria, Abruzzo, Sicilia

1.800.000 pro capite (oltre lire 1.900.000 al Nord, lire 1.850.000 al Centro e lire 1.650.000 al Sud); il finanziamento massimo superava lire 2.000.000 pro capite per Liguria ed Emilia Romagna, mentre quello minimo era poco più di lire 1.500.000 per la Basilicata (1). La spesa sanitaria è stata maggiore del finanziamento ricevuto in tutte le regioni, pur con differenze spesso cospicue.

Nella **tabella 4** sono presentati i coefficienti di correlazione (tra ranghi) tra mortalità infantile e le variabili in esame. Spesa sanitaria, riorganizzazione dei servizi e finanziamento hanno, nell'ordine, i coefficienti più alti. Da notare l'assenza di correlazione tra mortalità infantile e bisogno sanitario, forse a causa del particolare tipo di indicatori adoperati per la costruzione di questa variabile. Se si



introducono le stesse variabili in un modello di regressione multipla, le uniche due a risultare associate in modo statisticamente significativo alla mortalità infantile sono la spesa sanitaria ( $P=0,000$ ) e la presenza di servizi di alta specializzazione a livello ospedaliero ( $P=0,025$ ), con un coefficiente di correlazione multiplo di 0,77.

È interessante notare come il livello di mortalità infantile si associ alla spesa e non al finanziamento. In realtà, pur essendo queste due variabili associate tra loro, nella relazione che le lega vi sono degli "outliers", rappresentati dal Trentino Alto Adige e dalla Val d'Aosta, che hanno speso molto di più del finanziamento ricevuto a confronto delle altre regioni. Sembra quindi che nella lotta alla mortalità infantile vengano "premiare" di più quelle regioni che spendono molto per la Sanità

Tabella 4. Matrice di correlazione tra ranghi per la mortalità infantile e le variabili in esame

Variabili	Mortalità infantile
Riorganizzazione ASL	0,54
Offerta sanitaria	0,40
Specializ. ospedaliera	0,31
Bisogno sanitario	-0,009
Finanziamento	0,53
Spesa	0,68

indipendentemente dal finanziamento e che dispongono di un alto numero di servizi ospedalieri di alta specializzazione. Dal punto di vista della spesa le regioni meridionali sono doppiamente svantaggiate: primo perché ricevono minori finanziamenti dal fondo sanitario nazionale, secondo perché non riescono, pur spendendo di più di quanto ricevuto, a colmare il divario che le separa dalle altre regioni a causa del minor gettito derivante dall'Irap e dall'addizionale Irpef (la quota di finanziamento che ne deriva ammonta al 38% rispetto ad una media nazionale del 60%). Ancora una volta le variabili determinanti risultano essere il livello di ricchezza e la capacità politico-amministrativa dei governi locali. Per ottenere risultati nell'assistenza all'infanzia bisogna quindi spendere e investire, sicuramente anche razionalizzare e riorganizzare, ma non risparmiare. Cosa succederà quando nel prossimo futuro le maggiori spese non verranno più ripianate dal governo centrale? ■

Nota

(1) Vale la pena ricordare che le regioni del Nord hanno avuto di più perché in passato avevano speso di più.



## Il messaggio di Marcello Bernardi

A metà gennaio 2001 ci ha lasciato il pediatra Marcello Bernardi; esordì nel 1971 con "Il problema inventato" pubblicato da Emme Edizioni; sulla copertina c'era un buco rotondo a testimonianza di un buco di conoscenze e di comportamenti sul problema dell'educazione sessuale dei bambini.

O almeno questa fu la mia interpretazione.

Erano tempi diversi e solo chi li ha vissuti può ricordarsene; erano tempi in cui gli atteggiamenti di rispetto verso i bambini dovevano essere imparati e si sentiva la necessità di farlo.

Oggi, allo stesso modo, quegli atteggiamenti non sono stati imparati, ma vengono comunque declamati. Il che è peggio. Io non so quanti genitori (e quanti pediatri) abbiano letto Bernardi; mi auguro molti.

E mi auguro che molti abbiano accettato il suo insegnamento dell'umiltà di fronte ai bambini espresso con uno stile chiarissimo e semplice, dialogante e parlato nel quale c'era "puericultura" nel senso letterale della parola e forse soprattutto "pedagogia".

Il suo problema era di fare passare il messaggio che il mondo può essere cambiato attraverso i bambini e non che i bambini devono essere omologati al mondo.

Un messaggio che non ha grandi prospettive di passare nell'epoca della globalizzazione.

g.c. b.



Esperienze

# Gaspare Cucuzza nel favoloso Nord

Emilio Canidio

Pediatra ospedaliero, Crema

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 30-31

*Il contatto col "diverso" può cambiarci davvero. Un'affermazione largamente abusata e per lo più demagogica come questa talvolta può davvero descrivere la realtà. Emilio Canidio ci racconta perché.*

"A chi tocca? Buona sera signora entri" così l'infermiera; "buona sera" è la risposta rapida, carica di un accento dialettale inusuale in un genitore, lo si sente a volte nei nonni. Deve esser cresciuta in un paese piccolo, chissà dove, e com'è finita a Crema in piena estate? Ho caldo, ancora un'altra visita, tra poco finalmente il cambio.

Piccola, minuta, capelli a caschetto, vent'anni circa, lo sguardo verso il basso, le spalle lievemente sollevate e curve in avanti come fanno le adolescenti per nascondersi, sente il mio sguardo, la pancia è prominente: è incinta; ancora, e il bambino che ha in braccio avrà sei mesi. Lo tiene come un fardello, poi lo appoggia senza delicatezza sul lettino; l'infermiera se ne accorge e "me ne occupo io signora, lei parli con il medico" e accarezza il piccolo mandandomi un'occhiata d'intesa e di richiamo. Ha anche visto che sono stanco. Le rispondo nello stesso modo "ho visto e ci sono". Devo ricordarmi di ringraziarla.

Guardo la richiesta di consulenza del Pronto Soccorso e leggo: "Gaspare Cucuzza"; ma non potevano chiamarlo Antonio o Giuseppe, già in salita anche per il nome. "Sette mesi e mezzo"; mi sembrava meno. "Comunità S. Agostino..."; dovevo immaginarlo. "Febbre e pianto"; laconici come al solito.

"Buona sera, cosa succede?".

"Piange e ha la febbre". L'accento sembra ancora più marcato, non mi guarda ma non guarda neppure il bambino.

"... ma da quanto tempo fa così?".

"Da un po'", ma il mio *po'* ed il suo *po'* non sono uguali. Voglio sapere: da ieri, o da ieri l'altro, o da tre giorni; e quindi "da quanto signora?".

Tutta l'anamnesi va su questi binari e io divento sempre più *professionale*. L'infermiera frequentemente interviene ripetendo le mie domande con altre parole e con voce calda; la sta proteggendo da me, non me ne accorgo ma il mio tono deve essere gelido.

Guardo il piccolo: seduto deve essere sostenuto, pallido, occipite piatto senza crescita di capelli da posizione sempre distesa; evidentemente non è tenuto molto in braccio; tono muscolare ridotto, non si muove molto e cerca poco con gli occhi, anzi guarda con stupore l'infermiera, che gli parla con un sorriso irresistibile anche per bambini molto piccoli. Risponde ma solo dopo un certo tempo, conosce poco l'esperienza.

La visita è rapida, il quadro clinico è chiaro: "otite media acuta, ritardo psicomotorio probabilmente da ipostimolazione, possibile anemia ferropriva". Il ricovero è opportuno, cerco un tono amichevole per spiegare, ma la madre mi blocca con un "va bene" sommeso e conclusivo. Sa che non potrebbe fare altro, son finito nel novero dei potenti e ne ha abbastanza.

"Venga signora, dia a me il bambino, c'è una camera libera, il letto per lei è accanto al lettino del bambino, potrà distendersi, se ha bisogno chiami, vado io a fare le pratiche di ricovero non si preoccupi" e l'infermiera esce dalla medicazione senza guardarmi.

L'assistente della comunità racconta una storia simile ad altre che sempre più frequentemente incontro: tutela dei servizi sociali di una città del nord... il padre di Gaspare in un'altra comunità... per disposizione del giudice i genitori si possono incontrare solo per due ore la settimana.

Trascivo questa indicazione sulla cartella e dico di avvertire la guardia e la portineria, compilo la richiesta di una visita neuropsichiatrica infantile, e poi il sospirato cambio.

Due giorni dopo nello studio del primario si discute su Gaspare. "Il padre è sempre qui, lo ha chiamato la madre, le ho ricordato le disposizioni del giudice, ma mi ha risposto che aveva delle contrazioni e che la fatica di assistere da sola il figlio le avrebbe sicuramente aumentate, se avessi fatto allontanare il marito e lei avesse avuto un parto prematuro mi avrebbe denunciata come responsabi-

Per corrispondenza:  
Emilio Canidio  
E-mail: [e.canidio@dada.it](mailto:e.canidio@dada.it)

le”. “Sta col bambino, le è vicino, ma è come se non lo vedesse”. “Non si potrebbe mandare a casa? Oltretutto l’ospedalizzazione è dannosa per il ritardo”. “Ho appena parlato con l’otorino, l’otite non va bene, forse non c’è solo quella, è opportuna una TAC e la terapia migliore è un antibiotico intramuscolo o endovena”. Dopo tocca a me il giro, avvicinandomi alla stanza di Gaspare percepisco il peso di quanto lì succede; si intuisce se in una stanza c’è un problema, anche i bambini ricoverati lo sentono, solitamente si infilano dappertutto ma in certe stanze non entrano anche se la porta è aperta, i medici fanno lo stesso, le infermiere sono più brave e si sforzano.

L’infermiera mi avverte: “dottore la dieta che lei ha prescritto non viene fatta, i genitori vogliono solo latte con il biberon, abbiamo spiegato ma non ci danno retta, si arrabbiano, dicono che Gaspare mangia solo quello, abbiamo provato anche a dargli noi da mangiare ma non c’è niente da fare”.

Entriamo nella stanza, con Gaspare c’è solo il padre, ha vestiti attillati fuori moda che evidenziano un corpo ancora adolescente, lo sguardo è duro, sa già chi sono; ha l’età di mio figlio. Accentuo il mio ruolo e interrogo l’infermiera, come se ignorassi quanto mi aveva detto poco prima chiedo anche dell’alimentazione. Lei ripete attenuando le parole, ma il padre la interrompe con voce troppo alta “io so di cosa ha bisogno mio figlio”.

Sono il medico e devo portare su di me il conflitto. “Le decisioni sull’alimentazione di un bambino dell’età del suo vengono prese dai medici, le infermiere devono eseguire quanto prescritto, se lei ha qualcosa da ridire non se la prenda con loro ma si rivolga a me o al medico di turno”, e indifferente alla sua manifesta ostilità, visito Gaspare. L’otite non va bene, spiego con cortesia formale.

Mentre sto per uscire con voce ancora più alta: “e poi mio figlio non è matto, non voglio la visita neuropsichiatrica”.

“Suo figlio non è matto, non suo figlio... ma l’identificazione di adeguate misure di stimolo relazionale potranno sicuramente giovare all’integrazione del suo sviluppo psicomotorio”. Parole-schermo, parole-barriera, aggressive, ostili: il mio potere.

Sento di ritenere il padre e la madre in qualche misura colpevoli della situazione del figlio. Non mi piaccio, qualcosa mi rode, evito il pensiero entrando rapidamente nella stanza successiva.

Il giorno dopo la caposala: “la madre di Gaspare sta male, ha una minaccia, deve stare a riposo, il turno è già al minimo e non ho personale da staccare”. Le contrazioni non erano una balla.

“La TAC ha confermato il sospetto di otomastoidite ed il tampone è positivo per un batterio rognoso, Gaspare non può essere curato nella comunità dove sta con la madre; chiamate l’ABIO” (1) dico.

“... ma è ferragosto e non ci sono”;

“Telefonate a qualcuno poi vedremo”.

Quattro non erano in vacanza e si sono arrangiate con il “turno doppio”. Sempre lì per giorni a parlare con Gaspare, a imboccarlo, a farlo giocare, le tutine pulite, alcune nuove. Al ritorno, passato il pericolo, la madre si è irritata per la presenza di sconosciute e con secca gentilezza le ha rapidamente allontanate. Non c’è nulla di buono da aspettarsi dagli altri, se ti conoscono ti possono far male. E la stanza è tornata come prima.

Ma una delle quattro, quella che ricordo in quella stessa stanza alcuni anni fa toccata dal dolore più grande per una madre è riuscita a rientrare e a fermarsi un po’, e il giorno dopo un po’ di più, e il giorno dopo ancora un’altra persona si è fermata. Parlano, escono dalla stanza. Gaspare mangia, si muove meglio, ha un gioco nuovo, il padre nel corridoio mi saluta, ... un vestito per la madre dopo aver saputo che intendeva rifiutare un invito a nozze perché non possedeva un abito adatto.

“L’otite va meglio, si può continuare la terapia a domicilio”, “mangia tutto, sembra anzi che le pappe gli piacciono”, “sta seduto da solo e sorride, si relaziona bene e non credo che ci sia bisogno di terapia psicomotoria”, “per la prima volta vedo un’ospedalizzazione che migliora un ritardo da ipostimolazione, si può dimettere, fai la lettera e lascia perdere il neuropsichiatra”.

La compilo ma non riesco a consegnarla io, defilato, li guardo uscire dal reparto, mi vedono e mi sorridono. Mi avvicinano e accarezzo Gaspare, sorrido anch’io e sento che sono importanti.

Resto solo con i miei pensieri: “il concetto è lo strumento della desensibilizzazione della realtà”. Diavolo di un professore di filosofia, anche Epitteto e gli stoici hai deposto in me. Dopo trent’anni riappare sempre più frequentemente la tua faccia alla quale mille volte ho fatto la caricatura e guardi ironico i miei concetti: belli, argomentati, collegati, sintetizzati, documentati, etimologicamente corretti, declamati e proposti uno per ogni occasione, a significare che so guardare dall’alto. Non servono a comprendere, lasciano le cose come stanno, e me schiavo della sterile illusione dell’aver ragione. “La gente oltre alla nostra azione medica ci chiede un po’ di gioia”.

Grande maestra per chissà quale ventura posta sul mio percorso, nel mio tempo incontro sempre più il tuo essere.

“La madre di Gaspare da piccola è stata istituzionalizzata, se uno non ha ricevuto non può dare”.

E tocca a noi dare: “toca uriga bee a la zent” (2).

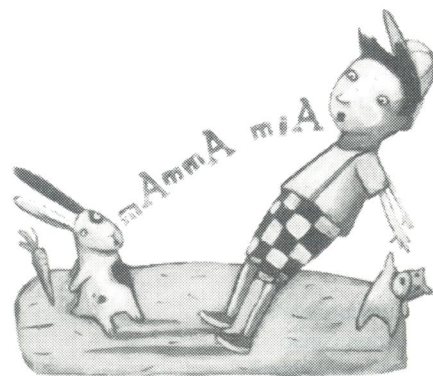
Mi manchi vecchiolina mia.

Non giudicare per lasciarsi toccare da ciò che si incontra, lasciarsi cambiare per cambiare. È ancora solo un’intuizione. ■

#### Note

(1) Si tratta di un’Associazione di volontariato per l’assistenza al Bambino in Ospedale.

(2) “È necessario imparare il voler bene agli altri”.



# La riforma dell'Assistenza Sociale

G. Cirillo, S. Esposito, O. Giacci, A. Maddalena, M. Petrella

Direzione Generale - ASL Napoli 1; Coordinamento per l'Integrazione sociosanitaria

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 32-33

*Dopo quattro anni di lavoro, è stata approvata dal Parlamento la Legge quadro di riforma dell'assistenza sociale che abroga una normativa vecchia di 110 anni (Legge Crispi del 1890). Diamo qualche cenno della nuova Legge.*

Gli elementi innovativi della legge di riforma dell'assistenza sociale riguardano soprattutto gli aspetti organizzativi e finanziari, nonché il superamento della concezione dell'assistenza intesa come elargizione, elemosina e beneficenza, restituendo dignità alle persone che versano in condizioni di particolare disagio.

“La legge che riforma il *welfare* è caratterizzata da un'assistenza su misura, tarata sulle esigenze dei singoli e delle famiglie in difficoltà, in grado di offrire, attraverso una rete integrata, un ventaglio di servizi, anche con il ricorso al settore privato”. La nuova legge, inoltre, punta ad eliminare le differenze e le sovrapposizioni tra i vari enti locali erogatori e a garantire una serie di prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale.

## Diritto alle prestazioni

Possono accedere alle prestazioni e ai servizi i cittadini italiani, i cittadini dell'Unione Europea (con le modalità definite dalle leggi regionali) nonché gli stranieri individuati ai sensi dell'art. 41 del T.U. - D. Lgs 25 luglio 1998, che si trovino in condizioni di bisogno, di disagio individuale e familiare, conseguenti a reddito troppo basso, a condizioni di disabilità, a difficoltà di varia natura, a condizioni di non autonomia per inabilità di ordine fisico-psichico.

## Gli interventi e i servizi

I livelli essenziali delle prestazioni sociali, erogati e gestiti dai Comuni, prevedono:

1. Sostegno, anche economico, alle famiglie, privilegiando gli interventi a sostegno della maternità e paternità responsabile.
2. Sostegno alle persone senza fissa dimora.
3. Sostegno per i minori in situazioni di disagio.
4. Servizi per l'affido familiare.
5. Servizi per persone anziane o disabili (favorire la permanenza a domicilio, conciliare tempi di lavoro/cura, favorire l'accoglienza nei centri assistenziali).

6. Prestazioni per contrastare le dipendenze.

7. Servizi di sollievo (accudimento quotidiano e segretariato sociale).

8. Servizi di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza.

## Modalità

Viene adottato un metodo di programmazione degli interventi e delle risorse, delle operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati. In coerenza con questo metodo sono adottati alcuni principi:

1. Coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro.

2. Concertazione e cooperazione tra i diversi livelli e istituzioni.

## I livelli istituzionali

Lo Stato definisce i principi di politica sociale con il Piano Nazionale triennale, fissa i requisiti minimi delle strutture, individua i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni, determina e ripartisce il Fondo Sociale Nazionale.

Alle Regioni sono attribuite funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica degli interventi sociali a livello territoriale, attraverso il Piano Regionale degli interventi, prevedendo in particolare l'integrazione sociosanitaria e il coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

Le Province non svolgono più compiti gestionali ma concorrono alla programmazione regionale.

I Comuni sono titolari delle funzioni amministrative, di gestione ed erogazione dei servizi nonché di vigilanza e accreditamento delle strutture residenziali. Adottano, attraverso accordi di programma, i Piani di Zona, in cui sono definiti i livelli locali di intervento, gli obiettivi strategici e le priorità di intervento, nonché le modalità per garantire l'integrazione tra le istituzioni e i servizi.



### Principi innovativi

I principi più innovativi consistono in:

1. Integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, educativi, dell'istruzione, formazione e lavoro.
2. Rilevante impegno finanziario ed organizzativo a favore delle famiglie e dei minori: erogazione di "assegni di cura" ed altri interventi a sostegno della maternità e della paternità responsabile, servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità, servizi per l'affido familiare, prestiti sull'onore per sostenere le responsabilità individuali e familiari e agevolare l'autonomia finanziaria di nuclei monoparentali, di coppie giovani con figli, di gestanti in difficoltà, di famiglie che hanno a carico soggetti non autosufficienti, di famiglie di recente immigrazione.
3. Per il 3° Settore è previsto l'accesso agevolato al credito e ai fondi UE, nonché la semplificazione amministrativa e il ricorso a forme di aggiudicazione che valutano le progettualità, la professionalità e la qualità delle prestazioni.
4. Interventi monetari quali misure di contrasto alla povertà: contributi in denaro o, in alternativa, prestiti sull'onore (finanziati a tasso zero) e buoni servizio (titoli validi per l'acquisto di servizi sociali - "assegni di cura" e "assegni di sollievo"), nonché l'estensione del Reddito Minimo di Inserimento, già sperimentato in alcune città.
5. Incremento del Fondo Nazionale per le politiche sociali, di cui una notevole quota a favore di famiglia e infanzia per azioni indette nel triennio 2000-2002; chiusura degli orfanotrofi e finalizzazione del patrimonio IPAB (Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza) allo sviluppo e potenziamento del sistema integrato degli interventi sociali.

### Conclusioni

In definitiva, questa nuova legge si propone di fornire un aiuto concreto e integrato ai soggetti e alle famiglie, secondo progetti definiti e integrati, promuovendo l'autosufficienza e l'auto-aiuto, offrendo servizi più adeguati ed efficaci perché rispondenti a principi di qualità. Per le persone in stato di grave necessità sono previste misure urgenti di aiuto sia finanziario che di servizi senza dover attendere, come oggi accade, misure di sostegno assolutamente intempestive. La Carta dei Servizi, che con questa legge diventa obbligatoria in tutte le strutture, è requisito necessario per l'accreditamento e potrà rappresentare uno strumento di partecipazione e controllo da parte del cittadino, fondamentale per migliorare la qualità dei servizi. ■

## Buona TV

### Dopo i Pokémon ecco i Digimon su Rai due

Il grande successo dei Pokémon (Italia 1, ore 16.45), Pocket Monsters, (mostri tascabili, come gadget naturalmente), ha interessato bambini e forse anche adulti di tutto il mondo. Stavano forse esaurendo il successo e, dallo stesso Giappone, padre dei Pokémon, sono arrivati i Digital Monsters: i Digimon; cinquantaquattro puntate fino a fine novembre, poi replicate (Rai due, ore 16.20).

È la storia di sette bambini guidati da Taï, che durante un campeggio si vedono proiettati in un mondo digitale, il Digi-World, popolato da strane creature, i Digimon, che riecheggiano figure animali ben note: il Tyrannomon di derivazione dinosaurica, il Kuvagomon che è un locustaceo-crostaceo dalle lunghe chele, il re del male digitale Etemon, il Karamon, un mostro dal fiato pietrificante e naturalmente i buoni come Piximon il mago-allenatore e così via. Il primo momento è di spavento, poi i ragazzi decidono di restare nel mondo digitale per combattere i cattivi classificati come "Black Gears", che minacciano di distruggere la pace. La storia e la qualità del cartone animato Digimon si differenziano abbastanza da quelle Pokémon, anche se la dinamica è sempre la stessa. Il *merchandise* non poteva mancare: tutto si può comprare dei Digimon, dalle figurine al gioco per *play station*, alla personalizzazione del

computer con le immagini dei Digimon. Quello che è difficile da capire è per quale età queste immagini siano state pensate e si possano consigliare (se si possono consigliare). L'ambiente che circonda le storie è primitivo e desertico, ma senza fascino e senza caratterizzazione. Il linguaggio è abbastanza adulto. La figurazione molto definita. Le figure-personaggio nuove che compaiono ad ogni puntata sono poco caratterizzate, tanto da dovere essere presentate da una specie di annunciatore che con voce fuoricampo ne indica il nome e ne fa una scheda. Le musiche del sottofondo sono giapponesi e francamente deludenti, mentre molto bella è la sigla musicale di presentazione di produzione italiana. Una ragionevole perplessità dunque. Un aspetto meno negativo rispetto ad altri cartoni giapponesi è la relativa prudenza nella presentazione della violenza o per lo meno una minore insistenza nelle scene violente; in questo i Digimon sembrano dei Pokémon appena un po' aggraziati. La storia vorrebbe porre un maggiore accento sui caratteri umani: la "digievoluzione" viene dichiarata come una sorta di scoperta della propria umanità; anche se non è molto facile accorgersene. Il sito ([www.raidue.boysandgirl.com](http://www.raidue.boysandgirl.com)) è imprendibile.

Livia Vitali



## Diceva un tale "La solitudine raramente migliora gli uomini"

Dall'anno 2000 il gruppo ARP di Bergamo non è più affiliato all'ACP. La scelta di staccarsi dalla casa comune è avvenuta per una sorta di continua e inesorabile distanza tra quello che succede in periferia e le scelte programmatiche e di impegno nel sociale che si è data l'ACP a livello nazionale. Di fatto, il gruppo ha preferito prendere una decisione, peraltro sofferta, nel segno della trasparenza e della chiarezza: perché restare affiliati se le attività locali periferiche non hanno più nulla da condividere con la strategia centrale dell'Associazione? In effetti il gruppo, in cui sono entrati giovani colleghi con l'entusiasmo di fare, ha preferito dedicarsi ai casi clinici, ad incontri con esperti, a elaborare nuove schede educative, a collaborare con Occhio Clinico Pediatria nella stesura del manuale sui farmaci: il tutto con incontri locali, vista la scarsa propensione alla frequenza di congressi o seminari a livello nazionale; non è in effetti da sottovalutare la presenza nel gruppo di soli 3 uomini a fronte di 22 donne, tutte con problemi concreti di figli, famiglia, lavoro. Alcuni soci storici dell'ARP continuano a partecipare a livello nazionale alle attività dell'ACP, si occupano di organizzazione, di epidemiologia, di educazione alla salute, ma il loro impegno è individuale e per nulla rappresentativo del gruppo. E nel tempo la distanza tra la base e i soci fondatori è aumentata... Allora, ben venga anche la separazione dall'ACP se questa serve a camminare con le proprie gambe, anche ripercorrendo sentieri conosciuti o rischiando di commettere qualche errore di valutazione sulle priorità nella salute infantile!

Leo Venturelli

Abbiamo dato un'occhiata alle relazioni delle attività dei gruppi ACP presentate al congresso di Vicenza: abbiamo trovato che incontri locali su casi clinici, incontri con esperti, educazione sanitaria, revisione di letteratura, schede per farmaci,

(potremmo aggiungere molto altro sempre per stare sul pratico: come EBM, revisione di letteratura, counselling, ricerca) sono il pane quotidiano dei gruppi locali dell'ACP che pensano che l'usufruire di rapporti fra di loro sia di qualche utilità; "raramente la solitudine migliora gli uomini" diceva Mounier.

La scelta di sottolineare l'importanza del "sociale" nella politica sanitaria ed assistenziale non fa parte dell'attività quotidiana, ma ci pare un presupposto per capire di più della assistenza quotidiana: per "esserci"; si pensi a Nati per Leggere. Ed a proposito del "collaborare con Occhio Clinico Pediatria" non vorremmo che fosse sfuggito che il senso della rivista ci pare stia proprio nel tentativo di introdurre un pensiero in più (quello che l'ACP si sforza di "tirar fuori" dal quotidiano) nel caso clinico, nell'incontro con esperti, nelle schede di educazione sanitaria, o nel "manuale dei farmaci".

E forse non è male tenere presente da dove provengono gli autori della collana di questi manuali.

E se non ci fossero stati i gruppi dell'ACP? Certo non ci sarebbe Medico e Bambino. E... forse non ci sarebbe neanche Occhio Clinico. Auguri comunque e lieti di rincontrarci.

Giancarlo Biasini

## Bronchiolite: dentro o fuori l'EBM?

Mi sembra di poter dire che in tema di bronchiolite l'approccio EBM non consente di risolvere i problemi legati alla sua gestione.

Mi pare che i motivi siano questi:

1. La bronchiolite è una broncoalveolite a varia espressività clinica anche in rapporto ai genotipi del RSV(1-2);
2. Le incertezze nella definizione di bronchiolite rendono le diagnosi cliniche degli studi non confrontabili tra loro. La definizione e gli score utilizzati dalla letteratura (LS) americana hanno il wheeze come elemento principale della diagnosi e della valutazione delle terapie, a differenza della impostazione europea (3-10). Questi score sono responsabili di casistiche con

casi prevalentemente lievi o lievi-moderati, che possono falsare la valutazione della terapia. Nelle forme lievi Menon (11) evidenzia che i cambiamenti dopo terapia si apprezzano più valutando le condizioni generali, che non variazioni significative della FR e della SaO<sub>2</sub>.

3. L'obiettivo di un pediatra territoriale è non ospedalizzare il paziente; quello di un pediatra di pronto soccorso è non sbagliare la diagnosi di gravità e quindi la decisione di ricoverare o meno il paziente; quello di un pediatra ospedaliero è praticare solo terapie efficaci. La LS soddisfa i bisogni del pediatra ospedaliero e quelli del pediatra di pronto soccorso (12) ma non quelli del pediatra territoriale.

4. Le due meta-analisi (MA) presenti in letteratura (13-14) analizzano esclusivamente l'efficacia della terapia con  $\beta_2$  agonisti. Flores esprime riserve su problemi metodologici, dubbi formali sui criteri di inclusione, sottolineando che evidenze definitive richiedono RCT (randomised clinical trials) ben strutturati, che esaminino gli outcome clinici rilevanti e le terapie adottate abitualmente dai pediatri. L'approccio EBM alla gestione del bambino con bronchiolite di Macchiaiolo et al. (15), pur evidenziando che "il problema della definizione diagnostica non è irrilevante ai fini della definizione di un protocollo terapeutico", non affronta questo problema. Gli autori non tengono conto né dei dubbi di Flores né della osservazione di Kellner sulla presenza di un sottogruppo (25%) di pazienti che beneficiano della terapia con  $\beta_2$  agonisti.

Pasquale Causa

### Bibliografia

- (1) Brandenburg AH et al. Local variability in respiratory syncytial virus disease severity. *Arch Dis Child* 1997;77:410
- (2) Fletcher JN et al. Respiratory syncytial virus genotypes and disease severity among children in hospital. *Arch Dis Child* 1997;77:508
- (3) Everald ML. Acute bronchiolitis: a perennial problem. *Lancet* 1996; 348:279
- (4) Tal A et al. Dexamethasone and salbutamol in the treatment of acute wheezing in infants. *Pediatrics* 1983;71:13
- (5) Lowell DI et al. Wheezing in infants: the response to epinephrine. *Pediatrics* 1987;79:939
- (6) Schuh S et al. Nebulized albuterol in the acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1990;117:633
- (7) Klassen TP et al. Randomized trial of salbutamol in acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1991;118:807



(8) Wang EE et al. Bronchodilators for treatment of mild bronchiolitis: a factorial randomised trial. *Arch Dis Child* 1992;67:289

(9) Gadomski AM et al. Efficacy of albuterol in the management of bronchiolitis. *Pediatrics* 1994;93:907

(10) Kristjansson S et al. Nebulised racemic adrenaline in the treatment of acute bronchiolitis in infants and toddlers *Arch Dis Child* 1993;69:650

(11) Menon K et al. A randomized trial comparing the efficacy of epinephrine with salbutamol in the treatment of acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1995;126:1004

(12) Shaw KN et al. Outpatient assessment of infants with bronchiolitis. *Am J Dis Child* 1991;145:151

(13) Flores G, Horwitz RI. Efficacy of beta2 agonist in bronchiolitis: a reappraisal and meta-analysis. *Pediatrics* 1998;100:233

(14) Kellner JD et al. Efficacy of bronchodilator therapy in bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1166

(15) Macchiaiolo M et al. Gestione del bambino con bronchiolite: un approccio basato sull'evidenza *Medico e Bambino* 1999;18:291

L'intervento di Causa, sostanzialmente, lamenta una scarsa generalizzabilità dei risultati degli studi clinici randomizzati (RCT) e delle loro revisioni sistematiche (RS) per il pediatra di famiglia. Vero, in linea generale, e ribadito più volte anche recentemente (1).

Gli studi disponibili riguardano, infatti, le forme lievi-moderate, che si rivolgono ad un pronto soccorso; manca lo studio di quelle forme più lievi, che evitano il pronto soccorso e sono viste solo dal pediatra di famiglia. In assenza di tali studi, tuttavia, alcune inferenze (arbitrarie?) possono essere fatte.

Ad esempio se il successo dei broncodilatatori è modesto nelle forme lievi-moderate, la probabilità che questi farmaci siano più efficaci nelle forme ancora più lievi è molto bassa. Ciò è anche indicato dall'RCT condotto tra pediatri di famiglia in Campania da De Seta e collaboratori, presentato un anno fa ad un Congresso a Napoli. Per affrontare il problema della generalizzabilità potrebbe essere utile valutare con uno score clinico la gravità dei propri pazienti e confrontarli con quelli inclusi negli RCT condotti fino ad oggi. Causa sottolinea che gli obiettivi (gli esiti rilevanti) per le diverse tipologie di pediatra sono diversi. Molto d'accordo. Tant'è vero che in ogni RCT (e quindi in ogni RS) viene esplicitato in modo molto chiaro quali esiti sono stati consi-

derati, quali sono i primari (sui quali lo RCT è meglio disegnato) e quali i secondari. Di volta in volta il medico, considerato il paziente, darà più valore ad un esito piuttosto che ad un altro nel bilancio dei rischi-costi/benefici di un determinato intervento. Fatta questa premessa, gli obiettivi per il pediatra, di famiglia, di pronto soccorso e dell'ospedale sono identici: ospedalizzare chi ne ha bisogno e intervenire con trattamenti che abbiano un rapporto vantaggioso rischio-costi/beneficio. Non vedo differenze sostanziali. Causa lamenta anche una scarsa precisione nella definizione di "caso" negli RCT condotti sulla bronchiolite. Vero. Ma forse questo non è un punto di debolezza.

Le RS citate (2-3-4) hanno incluso RCT che avevano utilizzato una definizione "operativa" più vicina alla realtà del pediatra di famiglia, che di solito vede una "malattia acuta contagiosa in bambini di età inferiore a 12-24 mesi, caratterizzata da wheezing, che compare per la prima volta, ed accompagnata o no da tosse, tachipnea, sforzo respiratorio e con evidenza di infezione virale, come rinite o febbre" (2) oppure vede "un bambino di età inferiore a 24 mesi con infezione delle basse vie respiratorie associata a wheezing" (3-4).

Questa definizione operativa (all'americana) ha lo svantaggio di includere pazienti con bronchite asmatica o wheezing ricorrente, nei quali verosimilmente l'efficacia dei  $\beta_2$  agonisti dovrebbe essere maggiore di quella osservata: lo svantaggio della definizione si traduce quindi in vantaggio per il broncodilatatore, che però non appare. Causa sottolinea infine che in un gruppo di pazienti il punteggio clinico, e quindi le condizioni generali nel loro insieme, migliorano con una terapia a base di broncodilatatori.

Aggiungo che ciò è vero specialmente in quelli con wheezing ricorrente, se il punteggio è valutato dopo 30 minuti (e non dopo 60 minuti), e in quelli trattati con adrenalina (5). Teniamo conto che questo miglioramento è clinicamente modesto (2-3-4-5), che non si riflette sulla saturazione di ossigeno e che risparmia "forse" qualche ospedalizzazione. Le RS sull'uso dei broncodilatatori nella bronchiolite ci

hanno fornito vari insegnamenti:

1. L'uso del broncodilatatore non può essere una routine e va valutato volta per volta; se decidiamo di usarlo (accanto alla terapia di base, idratazione ed eventualmente ossigeno) va fatto con in mano anche uno score clinico, altrimenti non capiremo l'eventuale modesto beneficio in modo appropriato.

2. Il guadagno ottenuto è molto modesto, magari statisticamente significativo, ma clinicamente poco rilevante.

3. L'eventuale risposta ad un  $\beta_2$  agonista, tipo salbutamolo, deve farci riflettere sulla diagnosi: bronchite asmatica più che bronchiolite.

4. Se proprio necessario un broncodilatatore per aerosol, l'adrenalina sembra essere più efficace dei  $\beta_2$  agonisti. A questo punto è d'obbligo rispondere ad una domanda di fondo di Causa: ma a me, pediatra di famiglia, serve l'EBM? La risposta è sì. Senza mezzi termini.

Come serve a tutti. Certamente l'EBM è solo uno strumento e non può risolvere nessun problema, solo perché ora va di moda. Ci offre strumenti, meno soggettivi, meno improvvisati, meno condizionati dall'emozione o dall'umore del momento. Strumenti spesso difficili, faticosi, ma che ci consentono di essere più riflessivi, più equi di fronte ai vari pazienti.

Ed equi non significa identici nei comportamenti, ma attenti ai loro problemi e bisogni. Certamente non lo strumento ma l'oggetto dell'interesse va ulteriormente perfezionato, come giustamente sottolinea Causa.

È necessario infatti affrontare, con appropriati disegni di studio, non solo i problemi che si incontrano in ospedale ma anche quelli che caratterizzano il vivere quotidiano del pediatra di famiglia.

Pierpaolo Mastroiacovo

#### Bibliografia

(1) Garattini S, Liberati A. The risk of bias from omitted research. *BMJ* 2000;321:845

(2) Flores G, Horwitz RI. Efficacy of beta-2-agonists in bronchiolitis: a reappraisal and meta-analysis. *Pediatrics* 1997;100:233

(3) Kellner JD et al. Efficacy of bronchodilator therapy in bronchiolitis. A meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;150:1166

(4) Kellner JD et al. Bronchodilator therapy in bronchiolitis. *Cochrane Library*. Amended 8-July-1998

## L'Assemblea dei soci dell'ACP a Vicenza

Presentiamo un sunto dell'Assemblea dei soci ACP tenutasi a Vicenza, sabato 14 ottobre nell'ambito del congresso nazionale, presieduta da Giorgio Tamburlini, presidente uscente. Il sunto (anche per le scarse abilità stenografiche dell'estensore) penalizza un po' la bella relazione e il vivace dibattito che ne è seguito, ma ha lo scopo di tenere al corrente quanti, non presenti a Vicenza, hanno comunque a cuore la vita dell'associazione.

L'ordine del giorno prevedeva:

- la relazione del tesoriere;
- la relazione del presidente;
- varie ed eventuali.

### La relazione del tesoriere

Dessì ci ha fornito i dati (come al solito puntuali) sullo stato attuale degli iscritti all'ACP (circa 2.800 soci di cui a metà ottobre il 56% in regola con il pagamento delle quote). I soci singoli diminuiscono ed aumentano quelli organizzati in gruppi. Bilancio consuntivo del 2000: le entrate ammontano a Lire 328.000.000 e le uscite a Lire 252.000.000 con un residuo di Lire 75.000.000 (destinato a diminuire per le spese e i rimborsi previsti entro la fine dell'anno). Il bilancio è stato approvato per alzata di mano all'unanimità.

### La relazione del Presidente

In sintesi, ha ripreso i temi oggetto della relazione pubblicata su *Quaderni acp* 2000;4 ed ha toccato i seguenti punti:

1. Stato di salute del bambino negli anni 2000: dal punto di vista delle analisi e delle proposte resta valido il documento sui servizi elaborato nel 1998, con le opportunità ma anche le insidie dovute

alla crescente regionalizzazione.

2. Attività dell'ultimo anno: vengono ricordate le più significative con valenza nazionale.

a) Documento sulla formazione e crediti (coordinatrice Murgia), che ha rappresentato anche l'occasione per concordare una posizione comune con FIMP e SIP da sottoporre alla commissione nazionale.

b) Seminari di formazione e rete di EBM (coordinatori Buzzetti e Gangemi).

c) Nascita di UPPA - Un Pediatra Per Amico, rivista per genitori (promotore Calia).

d) Nati per Leggere, iniziativa promossa dall'ACP e dall'Associazione Italiana Biblioteche e coordinata dal CSB.

e) Presenza a livello istituzionale (Osservatorio Nazionale per l'Infanzia; FNOM-CeO, ecc.)

3. Attività principali svolte nel triennio 1998-2000: documento sui servizi (1998); codice di autoregolamentazione (1998-1999); documento e ricerca sulle scuole di specializzazione (iniziativa collaborativa ispirata dall'ACP, 1999); presentazione, discussione e *follow-up* della ricerca sugli ospedali (1998-1999); SPES (1998-1999); linee-guida sul puerperio e il primo mese di vita e monitoraggio della loro applicazione (Rapisardi, 1999-2000).

4. Contributi alle politiche del Governo sull'infanzia nelle varie sedi istituzionali.

5. Nascita del Centro per la Salute del Bambino - ONLUS.

A conclusione della sua relazione il presidente uscente si è chiesto se e in che misura l'ACP abbia contribuito a "cambiare" la pediatria italiana, proponendo una analisi che ritiene che tale cambiamento sia stato insufficiente, soprattutto se visto in una prospettiva europea, e che la frammentazione della pediatria italiana certamente ha costituito un freno al cambiamento. Ha inoltre sottolineato la fattibilità e utilità (anche sulla base dell'esperienza di collaborazione maturate in questi ultimi anni) di sviluppare forme di collaborazione tra ACP, SIP e FIMP: ad esempio l'avvio di una prassi di consultazioni biannuali e in occasione di nodi programmatici importanti (piani nazionali, ecc.); l'attuazione di un sito comune "di qualità" dedicato a *statement* e linee guida.

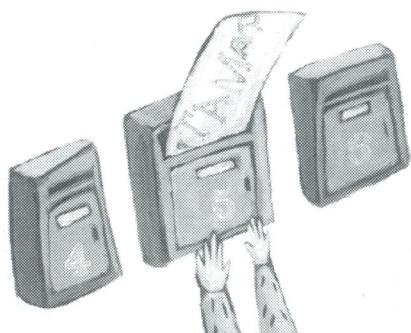
Lo stato di salute dell'associazione è comunque buono. È stata avviata l'iniziativa di lavorare di più con i gruppi attraverso il forum congressuale e la pagina dedicata alle attività dei gruppi su *Quaderni acp*; le consultazioni avviate con i gruppi, quando sono stati sollecitati ad esprimere pareri, li ha visti attivamente partecipare nella loro maggioranza anche se con importanti assenze. Ci si augura che il rapporto tra il centro e la periferia sia sempre più saldo, non centralistico, ma tale da garantire la qualità anche metodologica delle iniziative periferiche.

Gli interventi dalla sala hanno sottolineato che, attraverso le sue osservazioni, il presidente uscente ha in parte disegnato il profilo dell'attività del prossimo triennio, che deve dare continuità ai progetti avviati, assicurando ove possibile l'alleanza con le altre associazioni pediatriche, o comunque sempre sollecitandola allo scopo di non frammentare le iniziative di politica sanitaria. La presenza dell'associazione a livello istituzionale là dove si discutano e decidano le politiche per la salute dell'infanzia, va mantenuta.

### Varie

Alla fine dell'assemblea Roberto Buzzetti ha proposto un comunicato redatto per esprimere l'opinione dell'ACP in merito alla decisione del Ministero della Sanità di fare eseguire lo screening con ECG gratis nel primo mese di vita per la prevenzione della morte per SIDS. Il documento è stato approvato e si è deciso di contattare le altre società pediatriche per sostenerlo insieme (questo obiettivo è stato raggiunto: il documento del Ministero in questione è stato nella sostanza ritirato). ■

*m.f.s.*



# ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**  
Streptococco di gruppo B trattiamolo bene  
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il punto su**  
Novità dello screening della sordità
- **Il caso che insegna**  
Un bambino rosso ciliegia
- **abc in pratica**  
Una ricerca sulla diarrea  
Carioprofilassi con applicazione di sealant
- **Bambini con bisogni speciali**  
I fattori protettivi di carattere ambientale

# Streptococco di gruppo B Trattiamolo bene

Lucio Piermarini

Pediatra di comunità, ASL Terni

*L'infezione neonatale precoce da streptococco B è un problema di salute pubblica: qual è la strategia migliore per la prevenzione di questa patologia, tenendo conto dei costi e benefici? L'autore propone sul problema un'analisi critica della letteratura.*

Le infezioni neonatali precoci (vale a dire a insorgenza entro 48 ore dalla nascita) da streptococco B (SB) hanno una frequenza diversa nelle diverse parti del globo, sicuramente più elevata nei paesi industrializzati. Viene riferita una incidenza dell'1,5 /1.000 negli USA, con una mortalità del 4% circa (*MMWR 1996;45:1*), dello 0,3 /1.000 nel Regno Unito (*Arch Dis Child 1998;79:F148*).

I quadri clinici più frequenti sono rappresentati da sepsi, polmonite, meningite. La mortalità è più frequente nei gravi prematuri, rara nei nati a termine. Questa infezione viene riconosciuta come un importante problema di salute pubblica ed è stata affrontata più volte la questione se serva o meno una strategia preventiva. Dal 10 al 30% delle donne gravide sono colonizzate dallo SB, ma è al momento del parto che per via ascendente il germe arriva al liquido amniotico e ai polmoni del bambino. Inoltre solo tre quarti delle donne i cui bambini svilupperanno l'infezione presentano i fattori di rischio ormai definiti: parto prematuro, rottura prolungata delle membrane (RPM) da più di 18 ore, febbre e un bambino precedentemente infetto.

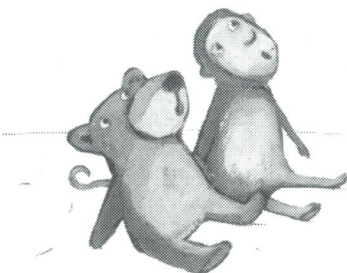
Conseguentemente gli studi che hanno sfruttato l'individuazione precoce, mediante screening culturale universale a 26-28 settimane e la presenza dei fattori di rischio (*N Engl J Med 1986;314:1665*), studi che hanno costituito la base delle linee guida della AAP del 1992 (*Pediatrics 1992;90:775*), sono riusciti ad identificare e profilassare con antibiotici solo il 60% dei bambini infetti. Altri studi non controllati avrebbero segnalato l'utilità di una profilassi antibiotica a tutte le donne colonizzate, indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio, o a tutti i bambini indiscriminatamente. Il CDC di Atlanta (*MMWR 1996;45:1*) ha optato per un'altra strategia ancora: profilassi intraparto

a tutte le donne che partoriscono prima delle trentasette settimane, per le donne che partoriscono dopo le trentasette settimane profilassi solo nelle positive allo *screening* culturale rettovaginale a 35-37 settimane o in presenza di fattori di rischio (febbre o RPM). Questa strategia è risultata in alcuni studi la più efficace ed è stata recepita nelle linee guida della AAP nel 1997 (*Pediatrics 1997;99:489*). Premessa la difficoltà di definire un costo per un danno permanente o per una morte, sia dal punto di vista strettamente economico che morale, chi ci si è provato avrebbe trovato che la strategia basata sui soli fattori di rischio non sarebbe economica per incidenze inferiori allo 0,6 /1.000 e quella basata sulle colture non lo sarebbe per incidenze inferiori all'1,2 /1.000 nascite (*JAMA 1993;270:1442*). Si delinea così una opzione zero, cioè nessun intervento preventivo e terapia dei casi, se l'incidenza si mantiene sotto lo 0,6 /1.000 (*Arch Dis Child 1998;79:F81*).

W.E. Benitz et al. hanno valutato le strategie consigliate per la prevenzione delle infezioni precoci da SB utilizzando l'analisi decisionale (*Pediatrics 1999;103:e76*). La frequenza, la prevalenza e gli *odds ratios* (OR) dei fattori di rischio, oltre agli effetti attesi della profilassi, sono stati calcolati attraverso una revisione della letteratura. I fattori di rischio sono: una positività dei tamponi vaginali per lo SB al parto (OR 204), una positività delle colture rettovaginali per BS a 28 (OR 9,64) o a 36 settimane (OR 26,7), la positività del test Strep B OIA (test di screening rapido) al parto (OR 15,4), un peso alla nascita inferiore a 2.500 g (OR 7,37), una età gestazionale inferiore a 37 settimane (OR 4,83) o a 28 settimane (OR 21,7), una RPM superiore a 18 ore (OR 7,28), una febbre intrapartum superiore a 37,5°C (OR 4,05), una corioamnionite (OR 6,43). Per altri fattori di rischio

come la batteriuria da SB in gravidanza e un fratello con precedente infezione da SB non è stato possibile calcolare l'OR ma vengono giudicate situazioni associate a un rischio molto alto tanto da rappresentare indicazione assoluta alla chemioprolassi intraparto, così come la corioamnionite.

Utilizzando l'analisi decisionale gli autori hanno valutato l'efficacia preventiva e i costi delle strategie delle linee guida AAP del 1992, del CDC e della profilassi intrapartum, senza valutazione culturale, delle donne con parto prematuro, RPM o febbre. Le raccomandazioni dell'AAP del 1992 prevengono solo il 32,9% dei casi di infezione trattando il 3,7% delle partorienti; la strategia basata sul riscontro dei fattori di rischio senza esame culturale consente di prevenire il 53,8% dei casi trattando il 17,1% delle donne; le raccomandazioni del CDC prevengono il 75,1% dei casi trattando il 30,7% delle donne. Gli autori propongono una strategia che utilizza un test di screening rapido per SB (Strep B OIA) al parto e prevede la profilassi intrapartum (con ampicillina più eventualmente gentamicina) delle donne positive al test o con età gestazionale inferiore a 31 settimane o con RPM o febbre. È prevista inoltre la profilassi con ampicillina dei neonati in caso di presenza di due dei seguenti fattori di rischio: età gestazionale inferiore a 34 settimane, positività al test Strep B OIA, presenza di RPM o febbre. Con questa strategia si previene l'80,1% dei casi di infezione precoce trattando il 24,2% delle donne con il 2% dei neonati e al costo per caso prevenuto più basso. Gli autori sostengono che la sorveglianza dei costi, delle complicazioni e dei benefici sarà essenziale per guidare il costante affinamento di queste strategie. ■



## CROUP

### Terapia orale e terapia intramuscolare con steroidi a confronto

**Obiettivi** L'uso degli steroidi intramuscolari per il trattamento precoce del croup, almeno di quello moderato o lieve, è sostenuto da molti studi, ma non si è studiato se l'uso di una dose singola intramuscolare (IM) di desametasone sia superiore al trattamento con dose singola orale (PO). Se ciò non fosse il medico di primo intervento sarebbe legittimato a scegliere questa più semplice e rapida via di somministrazione. L'obiettivo dello studio è ragionevole: comparare i due trattamenti e vedere se uno dei due è meglio dell'altro e se lo è in maniera significativa (**Box 1**).

**Setting** Dipartimento di emergenza del Children's Hospital di Denver, Colorado.

**Metodi** Erano ammessi bambini fra 3 mesi e 12 anni con croup moderato iniziato da meno di 48 ore (stridore, cianosi, retrazioni). La definizione di "moderato" era basata sullo score di Westley. I bambini venivano destinati al farmaco in "singolo cieco" (**Box 2**) e ricevevano una

#### Box 1

#### Tipo di studio e prova dell'ipotesi

*Si tratta di uno studio clinico effettuato su due gruppi di pazienti.*

*In sostanza le ipotesi possibili sono:*

- 1. Che la via IM abbia un effetto medio eguale a quella PO; tale ipotesi è detta ipotesi nulla.*
- 2. Che sperimentazione rifiuti l'ipotesi nulla e che la via IM abbia un effetto medio diverso dalla via PO.*

*Alla fine della sperimentazione dovremo verificare se, con un livello di probabilità prefissato (95% o 99%), possiamo rifiutare l'ipotesi 1 (ipotesi nulla) e attribuire le differenze al diverso trattamento e non al caso.*

dose di 0,6 mg/kg di desametasone IM o PO mediante codici di randomizzazione. La forma PO era ottenuta al momento frantumando la compressa e mettendola in un liquido sciropposo. Per rendere ciechi i medici a tutti i bambini veniva applicato un cerotto sopra la vera o presunta iniezione, ma è chiaro che i bambini (ed anche i genitori) sapevano quale dei 2 trattamenti avevano ricevuto. Altri trattamenti (adrenalina racemica, antibiotici) venivano associati se ritenuti necessari.

Tutti i bambini ricevevano nebulizzazioni. I bambini che rispondevano alla nebulizzazione non venivano esclusi dallo studio.

I bambini venivano seguiti con un *follow up* telefonico dopo 48 e 72 ore realizzato da un infermiere che non conosceva la via di somministrazione. I due item valutati erano la "non necessità" di altre terapie e l'opinione dei genitori sull'andamento dei sintomi.

**Risultati** I bambini arruolati (età media 2,1 anni) sono stati 277; 139 sono stati trattati per via IM e 138 PO. Non vi erano differenze fra i 2 gruppi. Hanno avuto una totale risoluzione dei sintomi nel tempo del *follow up* 75/139 del gruppo IM e 66/138 del gruppo PO: la differenza non è significativa ( $p$  0,31). Quarantacinque dei 139 del gruppo IM e 35/138 del gruppo PO sono tornati spontaneamente per una rivalutazione in quanto non si sentivano tranquilli. Sono tornati per una rivalutazione con una probabilità di 2,9 volte superiore agli altri quelli che avevano avuto un trattamento con adrenalina racemica.

Undici dei 139 del gruppo IM e 12/138 del gruppo PO hanno avuto bisogno di ulteriori trattamenti. Non c'è stata differenza fra i risultati neanche suddividendo i bambini per forme più o meno severe, pur all'interno delle forme moderate.

**Conclusioni** Il desametasone PO è efficace quanto la forma IM nel croup di moderata gravità. Gli AA non sanno dare spiegazione per il più fre-

quente ritorno a controllo dei trattati con adrenalina.

**Commento** Si tratta di una ricerca semplice nella quale però la introduzione di elementi di iniziativa personale dei medici (somministrazione di adrenalina racemica ed antibiotici a caso), la mancata esclusione dei bambini che rispondevano alla nebulizzazione, il ritrovamento di una cultura positiva per *bordetella pertussis* in un caso, crea margini di incertezza. Così pure la mancata comprensione del fatto che siano tornati per una rivalutazione assai più bambini trattati con adrenalina racemica lascia perplessi. Alla fine della ricerca non possiamo respingere l'ipotesi nulla (**Box 1**). La *p* ha un valore non significativo. Ma senza il calcolo della *p* noi possiamo ottenere con carta e matita lo stesso risultato calcolando il famoso Number Needed to Treat (NNT) (*Quaderni acp* 2000;6:40) con il quale ci è dato di conoscere il numero dei pazienti che devono ricevere il trattamento IM rispetto a quello PO perché 1 paziente in più abbia un beneficio (**Box 3**).

Rittichier KK et al. Outpatient Treatment of Moderate Croup With Dexamethasone: Intramuscular Versus Oral Dosing. *Pediatrics* 2000;106:1344

**Parole chiave** Croup, Laringotracheite, Desametasone

g.c. b.

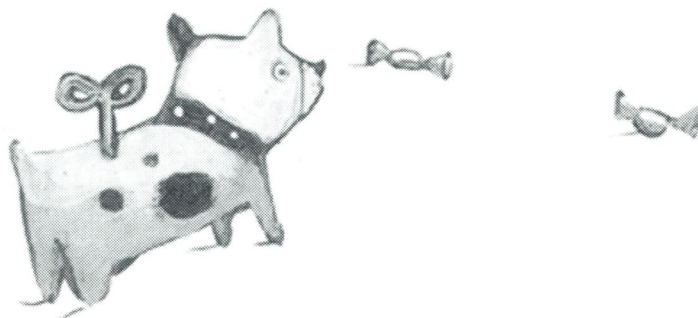
## Box 2

### Metodologia degli studi

**Doppio cieco:** né i ricercatori, né i pazienti sono a conoscenza del tipo di trattamento che hanno ricevuto.

**Singolo cieco:** solo una delle due parti non è a conoscenza del trattamento ricevuto; in questo caso i medici e gli addetti al follow up.

Si ritiene molto importante che anche i valutatori (medici che leggono i referti clinici, statistici, epidemiologi) siano all'oscuro del tipo di trattamento ricevuto da ogni singolo soggetto.



## Box 3

### Number needed to treat e intervallo di confidenza

*I trattati IM sono 139; i successi sono 75. Il beneficio nei trattati IM è 0,54 (54%).  
I trattati PO sono 138; i successi sono 66. Il beneficio nei trattati PO è 0,48 (48%).  
Il rapporto fra 0,54 e 0,48 è 1,1: questo è il beneficio relativo; quando il valore è 1 vuole dire che i trattamenti hanno eguale efficacia; 1,1 è abbastanza vicino ad 1.  
La differenza fra l'incidenza dei successi con IM rispetto a PO è 0,54 - 0,48 = 0,06, cioè 6% (Incremento assoluto del beneficio - IAB). Per ottenere il NNT che è l'inverso dell'IAB si fa 1/0,06 e si ottiene circa 16. Per ottenere un beneficio in un bambino in più dovremo trattare 16 bambini con desametasone IM anziché PO: il beneficio è infatti riferito alla differenza fra la terapia IM rispetto a quella PO.  
Per il calcolo del NNT si utilizza quindi la formula*

$$\frac{1}{0,54-0,48} = \frac{1}{0,06} = 16 \text{ (NNT)}$$

È tuttavia buona norma non fermarsi alla stima "puntuale" del NNT, ma calcolarne i limiti di confidenza con le apposite formule o avvalendosi di un programma computerizzato.

Come interpretare i limiti dell'intervallo?

Se si ripetesse lo stesso studio 100 volte non si otterrebbero mai gli stessi risultati, ma si troverebbe una stima del NNT che 95 volte, sulle 100 studiate, cadrebbe all'interno di due numeri. Questi due numeri, cioè, comprendono al loro interno la stima vera.

Quando i due estremi dell'intervallo di confidenza sono entrambi positivi si può stimare che, con una fiducia quantificabile al 95%, ci sia un vantaggio a favore del trattamento proposto (in questo caso il desametasone IM), rispetto al placebo o al trattamento di confronto (in questo caso il desametasone PO), solo se l'ampiezza dell'intervallo e il valore dei 2 estremi sono piccoli. Se infatti almeno uno dei due estremi ha un valore alto bisogna prendere in considerazione la possibilità di dover praticare a un alto numero di pazienti la terapia col trattamento proposto per avere un successo in più rispetto al placebo o al trattamento di confronto. Se i due estremi sono negativi è chiaro che il trattamento di confronto (o il placebo) è migliore del trattamento proposto.

Orbene nel nostro caso otteniamo un intervallo di confidenza al 95% del NNT che va da 6 a infinito; quindi potrebbe essere necessario trattare 6 pazienti o, all'altro estremo, un numero infinito di pazienti per via IM perché un paziente in più abbia un successo rispetto alla terapia PO. Si va cioè da qualche vantaggio a nessun vantaggio: i due trattamenti si possono ritenere equivalenti. O si può dire che (per la numerosità del campione studiato?) non è possibile rifiutare l'ipotesi nulla. Qui si aprirebbe un grosso discorso sulla potenza dello studio che verrà trattata in uno dei prossimi numeri.

Forniamo anche gli intervalli di confidenza degli altri parametri. Quello del beneficio relativo (vedi sopra) va da 0,89 ad 1,42; cioè indica un effetto possibile favorevole talora per la via IM, talora per quella PO. L'intervallo di confidenza al 95% dell'incremento assoluto del beneficio va da meno 6% a più 18%; come si vede i risultati sono coerenti con il NNT e ciò conferma la possibilità che la via IM possa essere sia superiore che inferiore a quella PO.



**short****SIDS al nido:  
le tate non sanno che...**

Su un totale di 1.916 casi di SIDS si è dimostrato che il 20% avviene nelle varie forme di asili-nido che sono in uso negli USA, naturalmente nelle ore di apertura (8-16 dei giorni feriali). La grandissima parte dei morti per SIDS è stata trovata in posizione prona. Gli autori raccomandano ai genitori di spiegare alle "tate" dei nidi (ed alle baby sitter occasionali) che i bambini devono dormire in posizione supina; esse potrebbero non saperlo.

*Moon RY et al. Sudden Infant Death Syndrome in Child Care Settings. Pediatrics 2000;106:295*

**Parole chiave** SIDS, Asilo nido

*g.c. b.*

**short****Benzina senza zucchero**

Non è più recentissimo il dato che il cervello dei neonati può utilizzare per il suo metabolismo oltre al glucosio altri substrati energetici, tra i quali soprattutto i corpi chetonici (CP). Quello che invece è ancora attuale è il fatto che pressoché nessuno ne tiene conto, e si continua a somministrare glucosio e integrazioni con latte artificiale a neonati con modeste ipoglicemie, o addirittura solo a scopo preventivo, nonostante una ovvia condizione di perfetto benessere. Sembrerebbe inoltre che questa capacità sia perfettamente operante anche nei prematuri, nonché nei piccoli e nei grandi per l'età gestazionale, con livelli di CP molto simili a quelli presenti nei neonati a termine e di peso appropriato. La concentrazione dei CP è inversamente correlato alla glicemia, operando perciò come compenso metabolico, ma, e qui il diavolo ci mette la zampaccia, la capacità di produrli è inibita dalla somministrazione di latte artificiale. Poiché nei gruppi a rischio una ipoglicemia può comparire nonostante la somministrazione delle integrazioni, il non poter utilizzare una sufficiente risposta di CP diventa estremamente pericoloso,

soprattutto quando ci si sente ingiustificatamente tranquilli.

*de Roy LJ et al. The influence of breastfeeding and size for gestational age on neonatal metabolic adaptation. Arch Dis Child 2000;82:S1,A1*  
*Hawdon JM et al. Formula supplements given to healthy breastfed preterm babies inhibit postnatal metabolic adaptation: results of randomised controlled trial. Arch Dis Child 2000;82:S1,A30*

**Senza glutine**

È noto che l'intolleranza al glutine è molto più diffusa di quanto sia riconosciuta; infatti sappiamo bene quanto difficile sia diagnosticarla nelle forme non classiche, tanto è vario e complesso il quadro sintomatologico. Una volta fatta la diagnosi, evitare stabilmente di assumere alimenti che contengono glutine non è sempre una cosa facile. Oltre agli alimenti che lo possiedono per natura, come il pane, la pasta e i biscotti, la birra e il whisky e tutti i derivati del grano, dell'orzo, dell'avena e della segale, ve ne sono altri, che normalmente non dovrebbero contenere glutine, che possono aver subito contaminazioni durante i processi di trasformazione. Tutto questo può produrre il rischio che la dieta del celiaco, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza, possa essere squilibrata verso alimenti proteici, oppure troppo monotona. L'autore del libro non è un dietologo di fama mondiale e nemmeno un superspecialista della malattia celiaca, è un bravo chef che si occupa di alimentazione naturale e che con questo libro ha voluto dimostrare che è possibile, anche evitando i cibi contenenti glutine, così comuni nella nostra dieta mediterranea, ottenere piatti gustosi e ricette sfiziose per tutti i pasti della giornata. È quindi essenzialmente un libro di ricette (primi piatti e dolci, ma anche antipasti e secondi piatti), dove si troveranno anche consigli per ottenere salse, condimenti, insalate, crostini, ecc., sostituendo l'onnipresente farina di frumento con altre consentite. Con la speranza che, oltre a fornire nuove idee per cucinare in casa, questo libro sia da stimolo anche ai ristoratori, perché arricchiscano i loro menu di piatti consentiti a chi non può mangiare il glutine.

*f. d.*

**Nicola Michieletto**

*Senza glutine Cucina naturale per celiaci*  
Tecniche nuove, 2000, pp. 128, Lit. 14.000

**Parole chiave** Allattamento al seno, Nutrizione, Prematurità, Ipoglicemia

*l. p.*

**short****Allattamento  
e mass media**

Con l'obiettivo di esaminare come vengono rappresentati dai mass media l'allattamento al seno e quello artificiale, gli autori hanno monitorato per tutto il mese di Marzo 1999 i programmi televisivi e 8 quotidiani a tiratura nazionale della Gran Bretagna. In totale si sono avuti 235 riferimenti all'allattamento in televisione (191 dei quali per l'allattamento artificiale) e 38 nei giornali.

Generalmente i messaggi per l'allattamento artificiale sono stati positivi, come, per esempio, il coinvolgimento del padre, mentre quelli per l'allattamento al seno hanno evidenziato gli aspetti più problematici, quali ragadi, mastiti, ingorghi, notti disturbate e problemi emozionali che potrebbero insorgere nella madre alla fine dell'allattamento. In una sola occasione è stato fatto cenno dei potenziali rischi dell'allattamento artificiale e mai ai potenziali benefici di quello naturale. Dall'analisi dei messaggi l'allattamento al seno risulta rappresentato come "imbarazzante, strano, problematico e proprio delle donne di classe media o di donne famose"; di contro l'allattamento artificiale è descritto come favorente l'integrazione sociale, "senza problemi", tipico delle "famiglie ordinarie". Gli autori considerano questo tipo di approccio al problema dell'alimentazione infantile molto rischioso per gli effetti sulla cultura dell'allattamento e invitano gli operatori sanitari a prestare attenzione anche a questo aspetto.

*Henderson L et al. Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding. BMJ 2000;321:1196*

**Parole chiave** Allattamento, Allattamento al seno

*s. c. n.*



# Zirtec®

cetirizina

## SCHEDA TECNICA

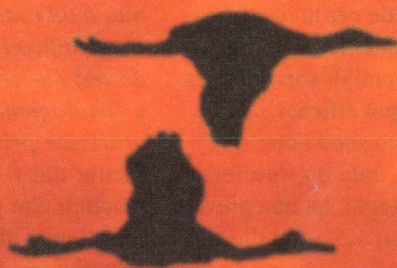
**1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg compresse rivestite con film. 2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa contiene: Cetirizina diidrossido mg 10. **3) FORMA FARMACEUTICA** Compresse rivestite con film. Scatola da 20 compresse. **4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche** Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. **4.2) Posologia e modo di somministrazione** La posologia va determinata dal medico. Per i bambini al di sopra dei 12 anni e per gli adulti, la posologia sarà generalmente di una compressa al giorno in una dose. Il farmaco va inghiottito per intero con un po' d'acqua. La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. **4.3) Controindicazioni** Ipersensibilità accertata verso il farmaco. **4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. **4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. **4.6) Gravidanza e allattamento** Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. **4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari** Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. **4.8) Effetti indesiderati** All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. **4.9) Sovradosaggio** La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio (generalmente con più di 5 compresse). Per il momento non esiste un antidoto specifico. **5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche** La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H<sub>1</sub> per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza alcun effetto sedativo sul sistema nervoso centrale significativamente diverso da quello di un placebo, né mediante le registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante i tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, lo Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool. **5.2) Proprietà farmacocinetiche** L'assorbimento risulta regolare: una somministrazione di 10 mg di Cetirizina in compresse raggiunge entro i 30'-60' un picco plasmatico dell'ordine degli 0,3 mcg/ml. L'emivita plasmatica è di 11 ore circa. La clearance renale è di 39 ml/min., l'emivita di escrezione è di circa 9 ore. La Cetirizina è fortemente legata alle proteine plasmatiche. Uno studio di bioequivalenza su volontari sani ha dimostrato la bioequivalenza della forma Cetirizina gocce 10 mg/ml con la forma compresse 10 mg. **6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti** Nucleo: Lattosio, Silice colloidale, Magnesio stearato, Cellulosa microcristallina. Rivestimento: Opadry Y1-7000 composto da: Idrossi-propil-metil cellulosa, Titanio biossido, Polietilenglicole. **6.2) Incompatibilità** Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. **6.3) Validità** 3 anni a confezionamento integro. **ATTENZIONE:** non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. **6.4) Speciali precauzioni per la conservazione** Nessuna. **6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo** Blister - Scatola da 20 compresse - L. 20.000. **6.6) Istruzioni per l'uso** Tenere lontano dalla portata dei bambini. **7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** UCB Pharma S.p.A., Via Praglia 15, PIANEZZA (TO). **8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** A.I.C. n. 026894016. **9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 01/04/1989 Rinnovo: Giugno 2000. **10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO DPR N. 309 /1990** Non soggetto. **11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile **12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Giugno 2000

**1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE ZIRTEC 10 mg/ml** gocce orali, soluzione. **2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cetirizina bicloridrato mg 10. **3) FORMA FARMACEUTICA** Gocce orali, soluzione 10 mg/ml, flacone da 20 ml. Via di somministrazione: orale. **4) INFORMAZIONI CLINICHE 4.1) Indicazioni terapeutiche** Trattamento sintomatico delle riniti e delle congiuntiviti stagionali, della rinite cronica allergica e dell'orticaria di origine allergica. **4.2) Posologia e modo di somministrazione** Adulti e ragazzi a partire da 12 anni: Nella maggior parte dei casi la posologia consigliata è di 10 mg in unica somministrazione. Bambini di età compresa tra 6 e 12 anni: Per un peso uguale o inferiore a 30 kg 5 mg/die (pari a 10 gocce) in un'unica somministrazione. Per un peso superiore a 30 kg 10 mg/die (pari a 1 ml o 20 gocce) in una o due somministrazioni. Bambini di età compresa tra 2 e 5 anni: 5 mg/die (10 gocce) in un'unica somministrazione alla sera. In bambini di peso inferiore a 20 kg possono essere sufficienti 2,5 mg/die (5 gocce). La posologia deve essere ridotta in pazienti con insufficienza epatica o renale. **4.3) Controindicazioni** Ipersensibilità accertata verso il farmaco. **4.4) Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso** E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. Il prodotto contiene glicerolo, dannoso ad alte dosi. Può causare disturbi gastrici e diarrea. **4.5) Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione** Non sono note a tutt'oggi interazioni con altri farmaci di comune impiego. E' consigliabile ridurre al minimo il consumo di bevande alcoliche durante il trattamento. **4.6) Gravidanza e allattamento** Anche se gli studi sperimentali sugli animali non hanno fatto rilevare alcun effetto dannoso sul feto, in via precauzionale Zirtec non dovrebbe essere somministrato nella donna in stato di gravidanza accertata o presunta, a meno che, secondo giudizio del medico, i benefici ottenibili siano superiori ai rischi potenziali. Per gli stessi motivi la somministrazione di Zirtec deve essere evitata durante l'allattamento. **4.7) Effetti sulla capacità di guidare ed usare macchinari** Si consiglia di non superare le dosi giornaliere consigliate se si deve guidare un veicolo od utilizzare macchinari pericolosi. **4.8) Effetti indesiderati** All'inizio del trattamento, taluni pazienti hanno a volte segnalato una leggera sedazione che può essere evitata ripartendo la dose singola in due somministrazioni. Il paziente deve comunicare al medico od al farmacista qualsiasi effetto indesiderato non descritto nel foglio illustrativo. **4.9) Sovradosaggio** La sonnolenza può essere un sintomo di sovradosaggio. Per il momento non esiste un antidoto specifico. Si consiglia di praticare trattamenti generali di supporto comprendenti un frequente controllo dei sintomi vitali. Cetirizina cloridrato non è dializzabile. **5) PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H<sub>1</sub> per l'istamina. Gli studi clinici non hanno messo in evidenza effetti sedativi significativi sul sistema nervoso centrale, né mediante registrazioni elettroencefalografiche quantificate, né mediante tests psicometrici e di vigilanza. D'altra parte, Zirtec non possiede effetti anticolinergici né antiserotoninergici. Infine, non è stato osservato potenziamento della sedazione e dell'alterazione delle performances causate dall'alcool. **6) INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1) Lista degli eccipienti** Glicerolo (85%), Propilenglicole, Saccarinato sodico, Metilparaben, Propilparaben, Acetato di sodio, Acido acetico, Acqua purificata. **6.2) Incompatibilità** Non sono state evidenziate a tutt'oggi incompatibilità fisico-chimiche con altri farmaci. **6.3) Validità** 3 anni a confezionamento integro. **ATTENZIONE:** non utilizzare il medicinale dopo la data di scadenza indicata sulla confezione. **6.4) Speciali precauzioni per la conservazione** Nessuna. **6.5) Natura e contenuto del contenitore e prezzo** Gocce - Flacone di vetro da 20 ml con contagocce - L. 24.800 **6.6) Istruzioni per l'uso** Nessuna. **7) TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** UCB Pharma S.p.A. - Via Praglia 15 - PIANEZZA (TO). **8) NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** A.I.C. n. 026894028. **9) DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 10/11/1995 Rinnovo: Giugno 2000. **10) TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO DPR N. 309 /1990** Non soggetto. **11) REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica ripetibile **12) DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO** Giugno 2000



**Anti allergico**

 **Zirtec**<sup>®</sup>  
cetirizina



# Novità sullo screening della sordità

Gherardo Rapisardi

Neonatologo, Ospedale "Mayer", Firenze

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 44-46

*Il problema dello screening della sordità è stato più volte trattato su Quaderni acp, ma le ultime raccomandazioni del Joint Committee on Infant Hearing (JCIH), punto di riferimento fondamentale dell'argomento, aggiungono una importante presa di posizione sul tema. Tutti i bambini sordi dovrebbero essere identificati entro il terzo mese di vita perché l'individuazione sia utile al trattamento che deve iniziare prima del sesto mese.*

In questa corposa pubblicazione, ricca di riferimenti bibliografici (*Pediatrics* 2000;106:798), sono riportate alcune significative novità, tra cui quella della revisione dei fattori di rischio pubblicati dallo stesso JCIH nel 1994. Viene ribadita la necessità di instaurare programmi di *screening* uditivo neonatale universale e sono riportate le strategie dimostrate più valide per la identificazione precoce della sordità e dei difetti gravi dell'udito, oltre ai programmi di sorveglianza nel tempo e di intervento più efficaci.

Le evidenze sull'argomento sono note:

- il difetto uditivo grave, tale da interferire con lo sviluppo del linguaggio, ha una prevalenza che oscilla intorno all'1,5 per mille nati vivi;
- l'85-90% di tali deficit si manifestano in epoca neonatale;
- le perdite pari o superiori a 30-40 dB nel range di frequenza 500-4000 Hz interferiscono con il normale sviluppo del linguaggio e possono determinare importanti disturbi dell'apprendimento e dello sviluppo emotivo, ripercuotendosi poi in un minor livello educativo e minori possibilità lavorative nella vita adulta;
- anche in deficit neurosensoriali di modesta entità ad insorgenza precoce si osserva una più elevata percentuale di insuccesso scolastico, nel caso in cui non venga instaurato un trattamento;
- un intervento riabilitativo precoce, specie se iniziato entro i 6 mesi di età, può condizionare favorevolmente la prognosi.

Veniamo ai passi più rilevanti delle nuove raccomandazioni. Viene affermato che negli ultimi cinque anni si sono accumulati sempre maggiori evidenze sulla fattibilità, validità ed efficacia dei programmi di *screening* universale dell'udito, così come sull'utilità di un intervento precoce. Nella primavera del 2000

la metà degli stati degli USA aveva legiferato a favore di programmi di *screening* universali neonatali dell'udito. Il JCIH considera che siano stati raggiunti i criteri di salute pubblica che giustificano l'implementazione di programmi di *screening* neonatale universale dell'udito. Afferma perciò che *"tutti i bambini affetti da sordità o ipoacusia grave congenita o ad esordio neonatale dovrebbero essere identificati entro il terzo mese di età, usando test che consentano misurazioni oggettive e fisiologiche e la protesi dovrebbe essere utilizzata prima dei 6 mesi"*. Indipendentemente dal risultato dello *screening*, tutti i bambini che presentano fattori di rischio per lo sviluppo di un deficit importante dell'udito dovrebbero essere sorvegliati con attenzione (dal punto di vista audiologico e medico) fino a 3 anni di vita.

Il JCIH promuove programmi di diagnosi precoce ed intervento (Early Hearing Detection and Intervention, o EHDI) che si basano su otto principi, per ciascuno dei quali vengono fornite raccomandazioni dettagliate, anche su modalità organizzative, livelli di responsabilità, obiettivi ed indicatori di qualità. Questi gli aspetti più rilevanti:

1. Lo *screening* dell'udito deve essere disponibile per tutti i neonati (durante l'ospedalizzazione se nati in ospedale, compresi i neonati che necessitano di T.I.N., o entro 1 mese di età per i nati a domicilio o in case materne) e deve utilizzare misurazioni fisiologiche obiettive.

In base alle evidenze attuali sugli effetti a distanza, sui limiti delle tecniche di misurazione fisiologica obiettiva e sulla disponibilità ed efficacia dell'intervento terapeutico e in accordo con i principi di base di uno *screening*, l'obiettivo dei programmi di *Screening Uditivo Neonatale Universale* è quello di identificare i neonati affetti da deficit uditivo

permanente, bilaterale o monolaterale, sensoriale o trasmissivo, superiore a 30-40 dB nel range delle frequenze importanti per lo sviluppo del linguaggio (500-4000 Hz). A questo *screening* sfuggiranno bambini con deficit uditivo <a 30 dB, con patologia del nervo acustico o disturbo di conduzione nervosa, senza deficit cocleare associato.

I due test dimostratisi affidabili sono: le Otoemissioni Acustiche (transitorie, TOAE, o i prodotti di distorsione di esse, DPOAE) e i potenziali evocati acustici del tronco (ABR) (per una loro valutazione accurata vedi *Quaderni acp* 2000;5:56). È preferibile che i valori soglia di questi test siano determinati con algoritmi automatizzati, validati da rigorose ricerche scientifiche pubblicate in riviste autorevoli, che limitino la soggettività dell'interpretazione dell'operatore.

Esistono vari protocolli di *screening*, i più usati sono quelli che prevedono le OAE in prima battuta e successivamente le ABR.

2. Tutti coloro che risultano positivi allo *screening*, o ad eventuali *rescreening*, vanno sottoposti ad una valutazione audiologica e medica completa entro i 3 mesi di età per giungere ad una diagnosi precisa.

La *valutazione audiologica* prevede una batteria di test uditivi che comprenda sia la misurazione obiettiva fisiologica che quella comportamentale, così differenziate in base all'età:

a) 0-6 mesi: anamnesi familiare e del bambino, ABR, OAE, una misurazione della funzionalità dell'orecchio medio (impedenzometria, otoscopia pneumatica, ABR di conduzione ossea), la soglia di riflesso acustico, l'osservazione della risposta comportamentale del bambino al suono e quanto riferito dai genitori sulle capacità uditive del bambino;

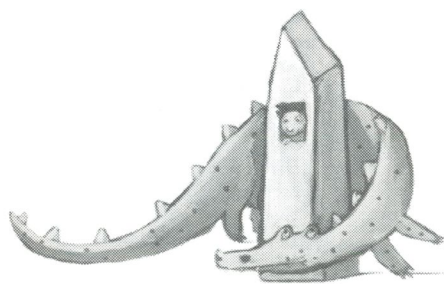
b) 6-36 mesi: anamnesi familiare e del bambino, test di audiometria comportamentale (tipo test di distrazione), OAE, discriminazione del linguaggio, questionario per i genitori sul comportamento uditivo e visivo del bambino, *screening* dello sviluppo del linguaggio; l'ABR va sempre eseguito almeno alla prima visita. La *valutazione medica* prevede una valutazione pediatrica globale, che comprenda

l'orecchio medio e lo sviluppo psicomotorio (il 30-40% hanno disturbi dello sviluppo psicomotorio ed andranno segnalati allo specialista) e, nei casi a rischio, una valutazione audiologica periodica.

3. Tutti i bambini con diagnosi confermata di deficit uditivo devono iniziare un trattamento prima dei 6 mesi di età, in programmi di interventi interdisciplinari che si fondino sui punti di forza delle famiglie, sul consenso informato e che rispettino le loro tradizioni e credenze culturali. Nei bambini protesizzati prima dei 6 mesi di età lo sviluppo del linguaggio è migliore rispetto ai bambini protesizzati dopo tale età. In particolare lo sviluppo del linguaggio rimane normale, rispetto alle abilità cognitive, a 5 anni di età (*Yoshinaga-Itano et al. 1998*).

4. Tutti i neonati negativi allo *screening*, ma con fattori di rischio per altra patologia uditiva o del linguaggio vanno sorvegliati nel tempo e va monitorato lo sviluppo delle loro capacità comunicative. Bambini che abbiano fattori di rischio per deficit dell'udito ad insorgenza tardiva, progressiva o fluttuante, per patologia della conduzione nervosa uditiva e/o per disfunzione delle vie uditive del tronco, devono altresì essere monitorati nel tempo.

L'uso degli "indicatori di rischio" non è raccomandato per lo screening neonatale (eccetto nei casi di impossibilità allo *screening* universale per mancanza di risorse). Essi sono utili per l'identificazione di difetti dell'udito ad insorgenza tardiva o acquisiti.



*Revisione degli indicatori di rischio del 1994 dello JCIH*: sulla base di uno studio epidemiologico britannico (*Fortnum e Davis, 1997*), uno studio multicentrico del NIH (*Norton et al. 2000*) ed uno sulla prevalenza del difetto uditivo nelle singole categorie di rischio classiche (*Cone-Wesson et al. 2000*, che ha tra l'altro evidenziato come solo l'1,5% dei neonati ricoverati in TIN e trattati con aminoglicosidi sviluppano un deficit dell'udito), i criteri sono stati così modificati:

#### 1-28 giorni

- qualsiasi condizione che richieda il ricovero in TIN per un periodo  $\geq 48$  ore;
- segni o reperti riferibili a sindrome che possa includere deficit uditivo neurosensoriale e/o trasmissivo;
- storia familiare di deficit uditivo permanente ad esordio nell'infanzia;
- anomalie cranio-facciali incluse quelle con alterazioni morfologiche del lobo o del canale uditivo esterno;
- infezione congenita tipo citomegalovirus, herpes, toxoplasmosi, rosolia, sifilide.

#### 29 giorni-2 anni

- quando a rischio per forme progressive o ad esordio tardivo, sia neurosensoriali che trasmissive, anche se hanno superato lo *screening* neonatale, devono avere una valutazione audiologica ogni 6 mesi fino a 3 anni;
- preoccupazione dei genitori o di chi accudisce il bambino sul suo udito, linguaggio e/o sviluppo psicomotorio;
- storia familiare di deficit uditivo permanente ad esordio nell'infanzia;
- segni o reperti riferibili a sindrome nota per includere deficit uditivo neurosensoriale o trasmissivo o una disfunzione delle tube di Eustachio;
- infezione postnatale associata a possibile perdita neurosensoriale dell'udito, inclusa la meningite batterica;
- infezione congenita tipo citomegalovirus, herpes, toxoplasmosi, rosolia, sifilide;
- indicatori neonatali quali: iperbilirubinemia tale da aver richiesto un'exanguinotrasfusione o ipertensio-

ne polmonare persistente che abbia richiesto la ECMO;

- sindromi associate con un deficit progressivo dell'udito, come la neurofibromatosi, l'osteopetrosi e la sindrome di Usher;

- patologie neurodegenerative, come la s. di Hunter, o le neuropatie sensorimotorie, come la atassia di Friedreich e la sindrome di Charcot-Marie-Tooth;

- trauma cranico;

- OME ricorrente o persistente per almeno 3 mesi.

Viene inoltre raccomandata la sorveglianza medica ed audiologica nel tempo dei bambini affetti da patologia trasmissiva dell'udito unilaterale, lieve o cronica, che possono sviluppare un ritardo nel linguaggio e nella comunicazione, nonché disturbi nello sviluppo sociale, emotivo e nella scolarizzazione. I bambini affetti da perdita unilaterale dell'udito sono a rischio di perdita progressiva e bilaterale dell'udito.

I dimessi dalla TIN possono andare incontro a forme di patologia retrocochleare, cioè a carico della conduzione nervosa e/o disfunzione uditiva del tronco. Una di queste patologie, di recente identificazione e la cui prevalenza e storia naturale non sono ancora conosciute, è la "neuropatia uditiva": a livello comportamentale sono presenti una perdita di udito da lieve a grave ed una scarsa percezione del linguaggio; le OAE sono normali e gli ABR sono atipici o assenti, indicando la presenza di una patologia a carico della conduzione nervosa con integrità delle cellule ciliate esterne cocleari. Sono a rischio i ricoverati in TIN, i bambini con storia familiare di deficit uditivo permanente ad esordio nell'infanzia, i bambini con iperbilirubinemia.

Gli altri quattro principi elencati nelle Raccomandazioni dello JCIH stabiliscono la necessità di garantire alle famiglie la privacy, la possibilità di scelta decisione e consenso informato, nonché di utilizzare sistemi adeguati per misurare e documentare l'efficacia dei servizi EHDI ed il loro

impatto sulla salute pubblica, per calcolarne il rapporto costi/benefici e per stabilirne la ripartizione della spesa.

L'ipoacusia neurosensoriale è dunque una patologia che risponde ai requisiti teorici (prevalenza, gravità, esistenza di terapia in grado di influire sulla sua storia naturale) per decidere l'effettuazione di uno screening in età neonatale. Queste ultime raccomandazioni dello JCIH fanno ulteriormente pendere l'ago della bilancia a favore dei programmi di screening universale neonatale, seguiti da un programma di sorveglianza continua dell'udito almeno fino a 3 anni, in particolare per quei bambini che presentano dei fattori di rischio specifici per ipoacusia a manifestazione tardiva, a forme progressive e comunque ad altre patologie non rilevabili con lo screening. Il problema del rapporto costo/benefici comunque resta e va naturalmente rapportato alle risorse disponibili nel nostro paese.

Come affermato anche nella Dichiarazione di Consenso Europeo sullo Screening Uditivo Neonatale del 1998, la realizzazione di test sui neonati nelle maternità è più efficace e meno costosa rispetto allo screening comportamentale convenzionalmente eseguito a 7-9 mesi di età. Quest'ultimo, cioè il BOEL test, largamente utilizzato nel nostro paese, non è uno strumento di screening specifico per la funzione uditiva anche se lo è dello sviluppo neurocomportamentale nel suo complesso; ha una bassa sensibilità che va dal 33 all'88%, essendo più elevata per

deficit di maggiore gravità, consentendo quindi una identificazione (tardiva!) di solo un 50% di sordità. In Italia il PdF, che ha il compito della sorveglianza clinica continua e deve conoscere bene i limiti del BOEL test, deve aver chiaro che anche i bambini già sottoposti a screening neonatale dovranno comunque essere seguiti e valutati nel tempo per la funzione uditiva (per la possibile insorgenza di una sordità in età postnatale, sia neurosensoriale che trasmissiva) almeno fino a 3 anni di età (con questionari per i genitori e valutazione dello sviluppo delle capacità di comunicazione verbale all'interno dello sviluppo psicomotorio globale); deve inoltre prestare attenzione alla valutazione dell'udito già nel primo semestre, utilizzando sia i questionari per i genitori sia le tecniche di valutazione comportamentale di Brazelton, e, nei primi 2 mesi di vita, esaminando l'attenzione e l'orientamento uditivo del neonato a suoni interessanti ed il decremento di risposta a suoni disturbanti. ■

*Bibliografia*

(1) Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines for Early hearing Detection and Intervention programs. *Pediatrics* 2000;106:798

(2) Screening della sordità. A che punto siamo? *Quaderni acp* 2000;5:56

(3) American Academy of Pediatrics Task Force on newborn and Infant Hearing. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention. *Pediatrics* 1999;103:527

(4) Baronciani D et al. L'ipoacusia neurosensoriale. *Medico e Bambino* 1998;5:55

(5) Brazelton TB et al. La scala di valutazione del comportamento del neonato. Edizione italiana della III edizione americana (1995), a cura di G. Rapisardi, Masson, Milano, 1997

(6) Chiappe S. A proposito di screening uditivo. *Medico e Bambino* 1997;3:180

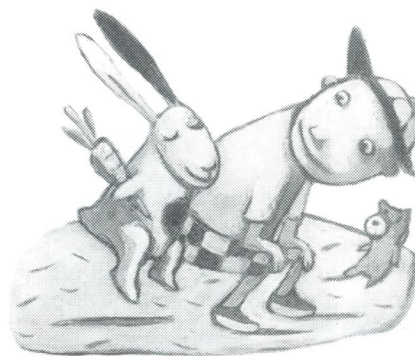
(7) Cone-Wesson B et al. Identification of neonatal hearing impairment: infants with hearing impairment. *Ear Hear* 2000, in press.

(8) Dichiarazione di Consenso Europeo sullo Screening Uditivo Neonatale. Conferenza Europea per lo Sviluppo del Consenso sullo Screening Uditivo Neonatale, 15-16 maggio 1998, Milano.

(9) Fortnum H et al. Epidemiology of permanent childhood hearing impairment in Trent Region, 1985-1993. *Br J Audiol* 1997;31:409

(10) Norton SJ et al. Identification of neonatal impairment: a multi-center investigation. *Ear Hear* 2000, in press.

(11) Yoshinaga-Itano C et al. Language of early and later-identified children with hearing loss. *Pediatrics* 1998;102:1161



# Un bambino rosso ciliegia

Antonio Belluzzi, Maria Silvia Morini, Paola Dallacasa

U.O. Pediatria, Ospedale "L. Pierantoni", Forlì

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 47-48

*Un bambino di quattro anni sta giocando in casa e sviene. Portato all'aperto sta quasi subito meglio; quando arriva in Pronto Soccorso è cosciente; ha solo un colore rosso-ciliegia. Quando arriva in reparto non ha proprio più nulla.*

## La storia

Giacomo, quattro anni, si è svegliato da poco, fa colazione e si mette a giocare; il nonno ha raccolto la legna in cantina ed ha appena acceso il fuoco nel caminetto di casa. All'improvviso il nonno vede Giacomo abbandonarsi a terra. Non sa cosa fare; lo chiama disperatamente, lo scuote, ma il bimbo non risponde. Poi lo prende in braccio e, uscendo all'aperto, corre a chiedere aiuto ai vicini di casa. All'aperto il piccolo comincia a rispondere confusamente alle domande, ma parla a fatica ... intanto arriva l'ambulanza.

## Il decorso

Al Pronto Soccorso il medico scrive sul referto che Giacomo pare ben orientato nel tempo e nello spazio; solo presenta un eritema diffuso non pruriginoso. Il bimbo viene inviato in pediatria.

All'arrivo in reparto Giacomo risponde a tono alle domande e non si lamenta di nulla; la cute e le mucose sono rosee e ben perfuse, cammina regolarmente e ha un esame obiettivo neurologico e cardio-respiratorio a norma.

I genitori di Giacomo riferiscono che il figlio aveva presentato a venti giorni di vita un sospetto episodio sincopale e aveva eseguito una RMN cerebrale, risultata negativa: quindi viene conseguente richiedere un EEG ed ECG. Il nonno racconta di quella colazione al caminetto e viene eseguita la determinazione della carbossiemoglobina che risulta uguale a 18% (v. rif: 0-10%). Giacomo riceve ossigeno in maschera a 4L/min. per 1 ora. La carbossiemoglobina del giorno successivo risulta pari a 0,8%.

## La diagnosi

Risulta determinante per il chiarimento del caso il racconto ben circostanziato del nonno che ricorda di aver acceso il fuoco

nel caminetto di casa e che Giacomo, dopo la colazione, aveva iniziato a giocare proprio davanti a quel caminetto; poi lo svenimento e infine la ripresa discreta dello stato di coscienza quando il nipotino era stato portato all'aria aperta. E ancora c'era il colorito cutaneo definito "eritema diffuso" in pronto soccorso.

A cosa si poteva pensare? Qualche elemento anamnestico poteva condurre ad una sincope cardiogena o ad una crisi epilettica. Le precedenti indagini e l'ECG lo escludevano.

Quell'eritema diffuso era il colore "rosso ciliegia di cute e mucose" che la letteratura descrive come segno specifico di intossicazione da monossido di carbonio? Quest'ultima ipotesi diagnostica veniva confermata dalla misurazione della saturazione percentuale della carbossiemoglobina.

Il livello di carbossiemoglobina è importante per documentare l'esposizione e guidare la terapia; tuttavia occorre ricordare che il valore ottenuto della carbossiemoglobina non è correlato al livello di CO tissutale e, quindi, alla gravità dei sintomi, soprattutto nei bambini. È fuorviante, invece, la misurazione della  $pO_2$  arteriosa e  $SO_2$ , le quali possono essere normali anche con livelli di carbossiemoglobina del 50%.

## Cosa abbiamo imparato

1. Che non si insiste mai abbastanza sull'utilità dell'essere "attenti alla realtà" poiché questa parla molto più delle nostre supposizioni e dei nostri ragionamenti. In altre parole occorre "saper perdere" un poco di tempo per ascoltare con attenzione il bimbo e la sua famiglia.

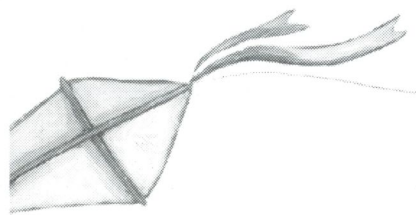
2. Che è sempre utile ricostruire le condizioni ambientali in cui il paziente vive, saper fare le domande "giuste" (vedi il *box* di pag 48).

Box. Cosa chiedere ai genitori

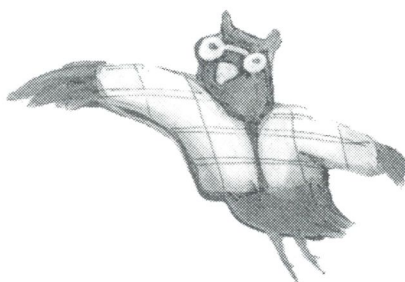
- Dov'era il bimbo quando ha cominciato a stare male?
- Da quanto tempo durano i sintomi?
- Altri familiari presentano gli stessi sintomi?
- Vi sono animali domestici che presentano astenia o vomito?
- Che tipo di riscaldamento è presente in casa?
- L'impianto è stato revisionato di recente?

3. Dalla consultazione della letteratura abbiamo imparato che l'avvelenamento da monossido di carbonio (CO) è la causa singola più importante di mortalità per avvelenamento negli Stati Uniti e che i bambini sono particolarmente sensibili a questo tipo di tossina perché hanno un metabolismo più alto e una maggiore frequenza respiratoria dell'adulto con conseguente maggiore assorbimento di CO (4, 5).

Il CO è il prodotto secondario di una combustione incompleta di materiale contenente carbonio. Il bambino può essere esposto accidentalmente al CO perché in casa c'è un impianto di riscaldamento domestico a cherosene o a legna mal funzionante o privo di ventilazione adeguata, o più frequentemente per problemi connessi all'uso di forni a gas. Inoltre CO può sprigionarsi dalla combustione di materiali di cui è costruito un edificio durante un incendio.



Abbiamo re-imparato che CO diffonde rapidamente attraverso la membrana alveolo-capillare, si lega avidamente all'emoglobina con un'affinità 250 volte superiore a quella dell'ossigeno, alla mioglobina e anche all'enzima citocromo-ossidasi. Il risultato diretto dell'alterato apporto, rilascio e uso dell'ossigeno è un'ipossia tissutale e cellulare a cui sono esposti principalmente cuore e cervello. L'ipossia può realizzarsi in forma acuta con un quadro di tachipnea, tachicardia, ipotensione, colore rosso ciliegia di cute e mucose, fino alle convulsioni e allo stato di coma. Oppure può esprimersi in forma subacuta: il bimbo accusa malessere generale, cefalea, nausea, vomito, eloquio inceppato, movimenti muscolari involontari, letargia o sincope, irritabilità specie nel neonato (2, 3, 4).



Per questo in caso di sintomi neurologici poco chiari è obbligatorio il sospetto di intossicazione.

Inoltre nel 10-20% dei casi il CO può determinare deficit neurologici e cognitivi a distanza di alcune settimane (mediamente due) dall'intossicazione; è questa la sindrome post-intervallare, caratterizzata da disturbi della parola, della scrittura, del campo visivo, della sensibilità tattile, della memoria, della personalità (distraibilità, depressione, impulsività fino alla demenza).

4. Abbiamo re-imparato che il farmaco "salva vita" è l'ossigeno, che determina la dissociazione di CO dall'emoglobina, ripristina la funzionalità mitocondriale, inibisce l'adesione dei leucociti all'endotelio microvascolare. L'O<sub>2</sub> può essere somministrato a pressione normale, cioè a 1 atmosfera (ATM) equivalente a 735 mmHg; può anche essere usato O<sub>2</sub> iper-

barico (OTI), generalmente a 3 ATM, e comunque al 100%. L'OTI è in grado di ottenere un dimezzamento dei livelli di carbossiemoglobina in 30 minuti (mentre l'O<sub>2</sub> normobarico in 80 minuti) e la sua azione è tanto più efficace quanto più precoce è l'inizio della terapia (meno di 6 ore). Inoltre l'OTI a 3 ATM riduce significativamente sia la quota di mortalità immediata sia il numero di sequele neurologiche ritardate rispetto ai trattati con O<sub>2</sub> normobarico (1).

Le indicazioni all'uso di OTI a 3 ATM sono controverse; tuttavia, pare che possano essere candidati a questo tipo di terapia i bimbi con livelli di carbossiemoglobina superiore al 25% e quelli in coma con qualsiasi livello di carbossiemoglobina. ■

Bibliografia

- (1) Hawkins M et al. Severe carbon monoxide poisoning: outcome after hyperbar oxygen therapy. *Br J Anaesth* 2000;84:584
- (2) Hajar M et al. Mortality by poisoning in children. *Salud Publica Mex* 1998;40:343
- (3) Knobloch L et al. Recognition of chronic carbon monoxide poisoning. *WJM* 1999;98:26
- (4) Lattere M et al. Acute carbon monoxide poisoning in children *Pediatr Med Chir* 1994;16:565
- (5) Marchi AG et al. Child hood poisonig: a population study in Trieste, Italy, 1975-1994. *J Clin Epidem* 1998;51:687







# INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

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

il rischio



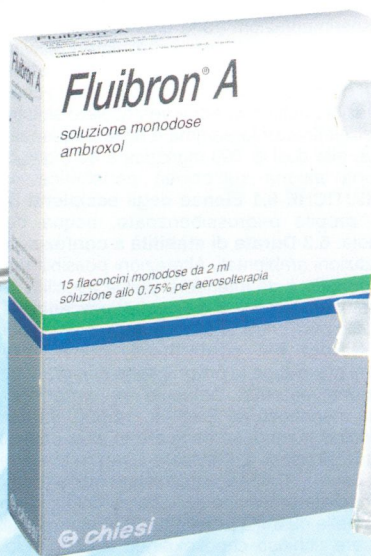
riacutizzazione  
cronicizzazione  
complicanze

la soluzione



## Clenil<sup>®</sup> per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare



...e

## Fluibron<sup>®</sup> A

ambroxol

 **chiesi** GROUP

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership

# Una ricerca sulla diarrea

Giancarlo Biasini

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

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 51-52

*Ogni contributo alla conoscenza dei criteri di comportamento dei pediatri è benvenuto in un mondo dove si crede che basti la presenza di fogli con linee guida nei reparti per assicurare la qualità (vedi pag. 7).*

È stata condotta recentemente a termine una ricerca sui ricoveri ospedalieri per una patologia frequente, la diarrea, con la stessa metodologia adottata nell'indagine ACP su quattro patologie altrettanto frequenti come asma, broncopneumite, dolori addominali e pielonefrite acuta. Si tratta dello studio prospettico-osservazionale PUERIS di cui diamo alcuni dati preliminari grazie alla collaborazione della Sanofi-Synthelabo OTC che ha contribuito alla realizzazione dello studio. In 39 centri ospedalieri sono stati arruolati 1.761 bambini (949 maschi e 812 femmine) con età media di tre anni e mezzo; l'83,2% ha più di un anno. Gli indicatori socio-economici delle famiglie non si discostano dalla popolazione generale. Il 42% dei bambini da zero a cinque anni d'età è iscritto al nido o alla scuola materna. I bambini sono allattati dalla madre nel 68% dei casi, ma non è riferita l'età di questa prevalenza.

Nel 9% dei casi si tratta del secondo ricovero ospedaliero dopo il primo causato, quasi sempre, da un'infezione intestinale.

## I sintomi

Il ricovero è avvenuto entro 24 ore dall'insorgenza dei sintomi nel 35,5% dei casi ed entro 48 ore nel 63%. Il numero delle scariche è inferiore a cinque nel 55%, fra cinque e dieci nel 33,3%, superiore a dieci nel 11,7%. La diarrea è acquosa nel 77,6% e muco-ematica nel 22,4% (26,6% al Sud). La febbre è presente nel 64,7% e il vomito nel 66%.

Al momento del ricovero in ospedale la disidratazione moderata o grave è presente nel 13,5% dei casi (sopore nel 9%, segni di shock nel 5%, occhi infossati nel 4,3%). Possiamo perciò dedurre che la disidratazione grave fosse presente nel 5% circa dei bambini. Essa è stata di un terzo meno frequente al Centro-Nord che al Sud.

L'andamento clinico testimonia una modesta entità globale del problema: le scariche sono 4,4 il primo giorno e 2,7 (in pratica la diarrea è

finita) in 4ª giornata quando il 10% addirittura non ha più scariche. Anche il vomito passa rapidamente. La degenza media è stata di 4,5 giorni (range 0-15; 1 gg nell'1,2%, 2 gg nell'8,6%, 3 gg nel 25%, 4 gg nel 26%, più di 4 gg nel 39%). La media della degenza in Italia nel 1992 è stata di 6,9 gg.

A fronte di questo 5% circa di disidratazioni severe e 13,5% di disidratazione severa o moderata, si fa un largo uso di soluzioni parenterali; soltanto il 33% dei bambini ha ricevuto, infatti, solo soluzioni reidratanti orali; la soluzione parenterale è stata quasi certamente utilizzata frequentemente solo per combattere il vomito.

Molto interessanti i dati circa la chiamata del medico curante a domicilio. Non ci è riferito il dato globale, ma viene consultato dalle classi più agiate nel 73% dei casi e dalle altre nel 46,7%. Nel 90% dei casi la chiamata riguarda il pediatra di base. La visita domiciliare viene effettuata nel 36,8% dei casi e la sua effettuazione cresce con la classe sociale del richiedente. La domanda cresce in relazione al potere contrattuale del richiedente. Un numero non piccolo quindi di visite a domicilio, per un problema spesso non severo. La chiamata viene fatta nella prima giornata di malattia per il 24%, tra le 24 e le 48 ore nel 27,3% e dopo 48 ore nella metà circa dei casi.

## La dieta

Prima di chiamare il medico i genitori hanno già corretto la dieta nel 73% dei casi. Un quarto ha tolto il latte, un quarto ha dato una "dieta solida leggera", solitamente riso, un altro quinto ha dato solo liquidi; il 3,3% ha dato latti speciali. Il medico a casa corregge questa dieta: dopo la sua visita continuano a prendere latti speciali il 3,1%, aumentano i bambini che prendono "dieta solida leggera" consistente in riso (93%), in patate e carote (50% circa), parmigiano (43%) carne o pesce (28%). In sostanza sembra che la correzione fatta dal curante consista in una certa liberalizzazione della dieta

rispetto al "rigore" delle famiglie, anche se non è riferito quanti bambini anche dopo la visita continuano la dieta liquida. Ma continua lo scarso uso di soluzioni reidratanti raccomandate a più riprese da tutti, dall'OMS in giù: queste vengono utilizzate solo nel 20,5%, mentre nell'80% circa sono consigliati liquidi diversi dalle soluzioni reidratanti orali (tè, camomilla, ecc.). In media ogni bambino assume mezzo litro di liquidi al giorno; un quantitativo francamente insufficiente. In ospedale la dieta libera passa al 26,5% in 4ª giornata, ma in quella data ci sono ancora sostanziali restrizioni nel 73,5%: in particolare dieta senza latte nel 19,4% e senza pasta nel 97,2% (ma con solo riso). Ancora alla dimissione la dieta libera non è concessa nel 52% dei bambini e il latte non è consigliato nel 21,4%.

#### I farmaci

I farmaci più usati a casa sono i probiotici (60%), gli antibiotici (24,6%) gli antiemetici (21%), gli inibitori della motilità (4,5%); in ospedale ancora i probiotici (72,7%), gli antibiotici (34,8%), gli antiemetici (12,1%). Alla dimissione vengono prescritti antibiotici ancora nel 15,5% ed antiemetici nell'1%, mentre vengono continuati i probiotici (93%).

#### Gli esami

La coprocultura è stata eseguita nel 92% dei casi (non sappiamo se per protocollo o per scelta) con una positività nel 20%. Il batteri più frequentemente isolati sono la Salmonella (13%), il Campylobacter (2,5%) e alcuni enteropatogeni (3,3%). Rotavirus e Adenovirus sono stati cercati nel 79,9% e 33,3% con positività del 21% e del 5% nei ricercati.

#### Un commento

*Alcune riflessioni ci sembrano utili. Anzitutto, come si è già detto, non pare che le famiglie con questo problema siano lasciate sole; oltre un terzo riceve una visita dal medico curante per una patologia lieve nell'86% dei casi, con bambini di meno di 1 anno solo nel 17% dei casi. Anche le famiglie non se la sbrigano tanto male: solo un quinto sbaglia clamorosamente dando solo liquidi.*

*Circa la conduzione del bambino con diarrea da parte dei pediatri, ci sono da fare alcune considerazioni molto simili a quelle che abbiamo fatto commentando la ricerca ACP sulle quattro patologie (Biasini GC. Riflessioni e proposte. Medico e Bambino 1999;4:251). Continua a difettare l'uso di soluzioni reidratanti orali e conseguentemente continua ad esserci un uso molto largo d'infusioni venose.*

*Si deve registrare il sovra uso di antibiotici: si stima, infatti, che circa il 5% delle diarreie meriti un trattamento antibiotico*

*(Fontana M. La terapia della diarrea acuta. Medico e Bambino 1999; 3:164), mentre qui il numero dei trattati è assai più alto.*

*Allo stesso modo va detto che l'uso degli antiemetici non trova indicazioni nel trattamento del bambino con diarrea. Anche le linee guida ESPGAN 1997 per la rialimentazione (reidratazione orale per 3-4 ore, rapida reintroduzione della normale alimentazione) sono seguite in un numero esiguo di casi, mentre ben seguito è il consiglio di non utilizzare latti speciali. ■*

## Allattamento senza commento

*Sul sito di Nutricia una ricerca dell'Unità Operativa di Neonatologia e dell'Ospedale "S. Salvatore" (L'Aquila) risponde al quesito: "Quale alimentazione nell'attesa della montata latte?". Nell'introduzione, i ricercatori fanno riferimento ad un'indagine, effettuata in 579 centri nascita italiani da una ditta produttrice di alimenti per l'infanzia, che mostra come circa il 70% dei neonati riceva soluzione glucosata, il 13,5% una formula adattata ed il restante dei neonati altri tipi di alimenti (latte umano di banca, formule HA, latte di soia, soluzioni a base di maltodestrine e grassi). Si parte quindi dall'ipotesi che sia necessario dare qualcosa al neonato, oltre al latte materno, e che si tratta pertanto di identificare il prodotto migliore. Potremmo fermarci, definendo l'ipotesi insostenibile e la ricerca inutile. Ma vediamo come procedono i nostri autori. Essi testano il nuovo prodotto (inutile citare il produttore) ideato allo scopo di fornire energia, controllare l'ipoglicemia, limitare eccessivi cali ponderali nell'attesa della montata latte, senza esporre il neonato al rischio di sensibilizzazione nei confronti del latte vaccino. Per far ciò ricorrono al gold standard per questi tipi di ricerca: il trial clinico randomizzato. Arruolano 50 neonati a termine, esenti da patologie evidenti, e li assegnano casualmente al gruppo dei trattati (consegna di un flaconcino da 60 ml con raccomandazione di somministrare il prodotto, 5-10 ml per poppata, esclusivamente dopo la suzione al seno e soltanto in caso di pianto prolungato) e dei controlli (analogo flaconcino contenente soluzione glucosata al 5%, con le stesse istruzioni e raccomandazioni del gruppo dei trattati). La randomizzazione sembra perfettamente riuscita: i due gruppi hanno caratteristiche simili. Per ottemperare alle esigenze dell'etica, prima dell'assegnazione le madri hanno ricevuto le "consuete", ma non indicate, informazioni sulle modalità dell'allattamento al seno, con esauriente enfasi sui vantaggi del latte materno e sui tempi di avvio della montata latte. L'alimentazione è iniziata dopo 4-5 ore dal parto e i neonati sono stati accanto alle madri per la durata della degenza. La quantità media di prodotto assunto durante i primi 3 giorni dal parto è risultata in totale di ml  $132,5 \pm 191$ , mentre la quantità di soluzione glucosata assunta dal gruppo di controllo è stata in media di ml  $77,75 \pm 53,4$  ( $P < 0,05$ ); si deve dedurre che, con il nuovo prodotto, i neonati, che autoregolano il volume di alimenti, prendono meno latte materno? La cosa non viene chiarita. La media del calo ponderale è risultata, a 72 ore di vita, di g  $110,68 \pm 65$  per i neonati che avevano ricevuto il prodotto e di g  $172,08 \pm 94,26$  per i controlli ( $P < 0,01$ ); sarebbe interessante conoscere il calo ponderale in un gruppo di neonati esclusivamente allattati al seno con adeguato sostegno alle madri! Ma questo gruppo non c'era. Il gradimento del prodotto in esame è stato complessivamente buono. Non sono stati osservati effetti collaterali ed in particolare vomito o diarrea. I ricercatori, in conclusione, ritengono che la supplementazione proposta nell'attesa della montata latte sia meritevole di considerazione per l'impiego routinario nei punti nascita, al fine di annullare i rischi di sensibilizzazione allergica nei confronti delle proteine del latte vaccino.*

a. c.

# Carioprofilassi con applicazione di sealant

Francesco Napolano

Pediatra di base, Marcianise (CE)

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 53-54

*L'applicazione di sigillanti è un metodo di carioprofilassi individuale ancora poco diffuso in Italia, pur essendo di qualità ed efficacia indubbe, dimostrate principalmente nei paesi scandinavi.*

La diminuzione dell'incidenza della carie negli adolescenti è uno degli obiettivi dell'OMS per l'anno 2000. La carie è un processo distruttivo dei tessuti duri del dente ad eziologia multifattoriale, con complicità di ordine locale e generale, risultante dall'interazione tra fattori predisponenti (suscettibilità dell'ospite, alimentazione) e attività metabolica cariogena dei batteri della placca, in particolare dello streptococco mutans. Da ciò deriva che la prevenzione primaria della carie si basa su misure che agiscono a vari livelli: igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica (*tab. 1*). I pediatri hanno la possibilità di intervenire in modo determinante nella prevenzione durante i controlli di salute diffondendo le conoscenze sull'alta efficacia della fluoroprofilassi sia sistemica che topica, oltre che cercando di modificare le abitudini alimentari (obiettivi in genere di difficile riuscita) informando sull'alto potere cariogeno degli zuccheri semplici, particolarmente quando in forma cremosa e viscosa come si ritrovano nella maggior parte delle merendine.

Per *fluoroprofilassi topica personale* s'intende l'utilizzo di collutori e dentifrici contenente fluoro. Per *fluoroprofilassi topica professionale* (cioè applicata da personale qualificato) si intende invece l'applicazione di gel o vernici idroresistenti ad alta concentrazione di fluoro e pertanto da eseguire con intervalli più lunghi. È perciò utile che il pediatra conosca la possibilità di applicare materiali sigillanti nelle superfici più a rischio. Il rationale di tale tecnica è dato dalla nozione che l'80% dei processi cariosi fino a 15 anni insorge su una piccola parte, circa il 12%, della superficie dentaria. Si tratta del sistema fissurale, cioè di un sistema di solchi che sono presenti sulla superficie occlusale di premolari e molari. Queste sottili linee tra le cuspidi possono avere versanti più o meno ripidi tanto che si classificano in solchi a U, a V e a I; si indica con queste lettere la forma del solco in sezione. Lo stesso dente può presentare tutti e tre tipi di anfrattuosità. È chia-

ro che nel solco a V ed I la detersione con lo spazzolino o con la saliva è meno efficace che in solchi più aperti. Si è studiata ed ottenuta, quindi, la possibilità di evitare la formazione della placca riempiendo tali solchi con resine molto fluide, dette *sealant* o sigillanti, che senza interferire con la normale occlusione, impediscono meccanicamente l'annidamento di batteri e detriti alimentari in sedi difficilmente detergibili (7). I materiali sigillanti attualmente in uso, inoltre, consentono il rilascio in situ di fluoro che ha una nota azione antibatterica non solo per la formazione di fluoroapatite ma anche per una diretta interferenza con la glicolisi batterica. Questa tecnica è indicata sia in dentatura decidua che permanente, non è dolorosa e quindi non necessita di anestesia, è rinnovabile e facilmente controllabile, infatti, le resine che si usano hanno appositamente un colore più bianco e distinguibile dallo smalto per osservarne l'usura o il distacco. Nella pratica dopo aver mordenzato la superficie da trattare, per renderla più estesa attraverso la formazione di micropozzetti nello smalto con l'applicazione di soluzione di acido ortofosforico per 30-40 secondi, si applica il materiale nei solchi e si polimerizza con l'ausilio di una lampada a raggi UV. Sono stati proposti vari prodotti come materiale da sigillatura; attualmente si preferiscono resine fotopolimerizzabili. Tutti i molari possono essere oggetto di otturazioni preventive, benché esista un'indicazione maggiore per il primo e secondo molare permanente. Ovviamente la tecnica necessita di un minimo di collaborazione da parte del piccolo paziente perciò l'età più indicata è quella del primo periodo di permuta, circa 6- 8 anni, soprattutto se si tratta di pazienti cariorecettivi o con una morfologia della superficie occlusale a rischio di carie. La tecnica dei *sealant*, benché già nota in Italia fin dagli anni settanta (1), ha avuto scarso sviluppo, anche se numerose ricerche recenti con *follow up* di diversi anni ne confermano l'efficacia clinica.

In uno studio, dopo 54 mesi dall'applicazione

Per corrispondenza:  
Francesco Napolano  
Via De Curtis, 43  
80018 Mugnano di Napoli (NA)

Tabella 1.

Igiene orale	Allontanamento dal cavo orale della placca batterica e dei residui alimentari
Profilassi alimentare	Riduzione dell'ingestione di zuccheri semplici e viscosi che sono metabolizzati dalla placca
Fluoroprofilassi	Maggiore resistenza dello smalto agli agenti cariogeni suddivisa in: - sistemica - topica personale (applicazione di fluoro locale attraverso colluttori e dentifrici) - topica professionale (applicazione di gel o vernici idroresistenti)

di sealant su 400 molari permanenti, solo il 14% aveva sviluppato una carie (2). Per migliorare la performance della efficacia preventiva è necessario almeno un controllo annuale in quanto si è riscontrata perdita della sigillatura in ragione del 5-10% l'anno (3). Per dimostrarne la facilità di esecuzione e per diffonderla ulteriormente, in Svezia sono state istruite 77 igieniste dentali, senza alcuna precedente esperienza in materia, con soli due giorni di corso teorico-pratico. Subito dopo il corso le assistenti, senza la sorveglianza del clinico, hanno sigillato

circa 3.000 denti di bambini. I risultati dopo un anno furono di permanenza del materiale del 91%, come in altri studi; quanto all'efficacia, dopo cinque anni di osservazione, solo il 5% aveva sviluppato un processo carioso (4). Anche altre indagini ribadiscono l'efficacia clinica dei sigillanti, ma nello stesso tempo sottolineano la scarsa penetrazione della tecnica nei programmi di prevenzione dentale (7).

Quanto al rapporto costo/beneficio va detto che il costo è inferiore a quello di un trattamento di una carie di prima classe, essendo

mediamente tra le 50.000-100.000 lire a elemento dentario. I costi potrebbero ridursi nell'ambito di programmi preventivi che coinvolgessero più ampie fasce di popolazione. Sembra quindi che ci si debba porre l'obiettivo di fare conoscere di più questa possibilità che la medicina mette a disposizione. ■

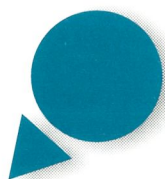
#### Bibliografia

- (1) Toffenetti. Use of sealant in prevention. *Prev Stomatol* 1975;1:28
- (2) Gale TJ. Performance of sealant applied to first permanent molar in a dental setting. *Pediatr Dent* 1998;20:341
- (3) Feigal RJ. Sealants and preventive restoration: review of effectiveness on clinical changes for improvement. *Pediatr Dent* 1998;20:85
- (4) Holst A et al. A five-year evaluation of fissure sealants applied by dental assistants. *Swed Dent J* 1998;22:195
- (5) Valletta G et al. *Odontostomatologia*. ed. Piccin Padova 1997;335
- (6) Kumar JV et al. A contemporary perspective on dental sealants. *J Calif Dent Assoc* 1998;26:378
- (7) Fortier J et al. *Pedodonzia Ed. Masson* 1988;227

## RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

**1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ.** ENTEROGERMINA®. **2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA.** Un fialoide contiene: *Principio attivo:* Spore di *Bacillus clausii* 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, the, aranciata. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità accertata verso i componenti del 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 clausii*; 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 farmaci ed interazioni di qualsiasi altro genere.** Non sono note eventuali interazioni medicamentose a seguito di concomitante somministrazione di altri farmaci. **4.6 Uso in caso di gravidanza e di allattamento.** Non esistono preclusioni all'uso del preparato in gravidanza o durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla guida 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 clausii*, ospite abituale dell'intestino, privo di potere patogeno. Somministrate per via orale, le spore di *Bacillus clausii* 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 clausii*. Essendo, inoltre, il *Bacillus clausii* 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 *clausii*. 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 Eccipienti.** Acqua distillata sterile. **6.2 Incompatibilità.** Non sono note incompatibilità. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro.** Stabilità a confezionamento integro: 2 anni. Stabilità dopo apertura del fialoide: è opportuno assumere entro breve il preparato onde evitare inquinamento della sospensione. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** ---. **6.5 Natura e contenuto della confezione.** Scatola di cartone contenente 10 fialoidi. Scatola di cartone contenente 20 fialoidi. **6.6 Istruzioni per l'uso.** Agitare il fialoide prima dell'uso. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Sanofi-Synthelabo OTC S.p.A. - Galleria Passarella, 2 - 20122 Milano. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** Confezione di 10 fialoidi A.I.C. 013046014. Confezione di 20 fialoidi A.I.C. 013046026. **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Confezione di 10 fialoidi: 3 novembre 1978 / 1° giugno 2000. Confezione di 20 fialoidi: 1° marzo 1997 / 1° giugno 2000. **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO.** Luglio 2000.



Bambini  
con bisogni  
speciali

# I fattori protettivi di carattere ambientale

Rita Semprini

Psicologa, Bologna

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 1: 55-56

*In quest'articolo Rita Semprini continua l'analisi iniziata nel precedente numero, sulle caratteristiche dei bambini "resilient" e delle loro famiglie, e sui fattori di protezione che li aiutano ad emergere dalle condizioni di svantaggio. L'autrice fa il punto sui fattori protettivi ambientali, sottolineando il ruolo positivo, documentato dalla letteratura, dell'affiliazione e della appartenenza a gruppi e comunità religiose.*

Le conoscenze degli ultimi decenni sui fattori protettivi e di *resilience* (la capacità di crescere relativamente sani in condizioni di vita sfavorevoli; si veda *Quaderni acp 2000;6:45*) hanno suscitato un crescente interesse in studiosi e operatori di ambiti disciplinari molto diversi impegnati nella comprensione dei fenomeni sottostanti la "riuscita" in condizioni di forte svantaggio.

Già più di vent'anni fa alcuni autori descrivendo la storia di vita di bambini definiti "invulnerabili" parlavano di "una nuova frontiera della scienza da esplorare" (1), altri consideravano tali bambini come una vera speranza per la ricerca (2) e come detentori di un sogno (7). Questo per sottolineare quanto il campo della ricerca sulla *resilience* fosse promettente e investito di speranze soprattutto nella prospettiva di poter elaborare nuovi interventi di prevenzione primaria. La convinzione comune dei ricercatori era, ed è tuttora, che solo comprendendo a fondo come alcuni bambini siano riusciti a superare le avversità si possa fare qualcosa per aiutare i soggetti più vulnerabili a crescere sani. Il concetto di *resilience* è diventato un punto chiave nello studio dei fattori che permettono di "sfuggire al rischio", dei fattori che promuovono la salute e di quelli di "miglioramento" e di "mantenimento". Dal confronto fra soggetti che "soccombono" e soggetti che "riescono" emergono due aspetti che sembrano connotare in modo peculiare gli uni e gli altri. Sono, da un lato, il sentimento di *helplessness* e, dall'altro, il sentimento di fiducia personale, l'autostima. Si è visto che le persone svantaggiate e deprivate che non riescono ad avere un'evoluzione positiva spesso vivono un profondo senso di sfiducia, di impotenza, di essere senza aiuto, essere perso (*helplessness*). Questa caratteristica personale pare rappresentare una sorta di attitudine, di stato mentale, al di là delle condizioni di vita reali, che non permette alla persona di fare fronte agli eventi e di assolvere adeguatamente i compiti della vita.

Questi individui infatti si sentono in balia del destino, senza uno scopo e privi di controllo sugli eventi che accadono loro. Al contrario, una caratteristica saliente dei soggetti *resilient* è il senso di efficacia personale, l'autostima e la capacità di fare progetti per la propria vita. Alcuni autori (5) ritengono che, più ancora del sentimento positivo verso se stessi (sia nel senso dell'autovalutazione, sia come riconoscimento da parte degli altri), a rendere la persona meno vulnerabile di fronte alle difficoltà sia il senso di poter esercitare un qualche controllo sugli eventi, il sentire di poter riuscire in qualche modo a gestire le situazioni della propria vita senza solo subirla.

A questo punto diventa fondamentale capire cosa e quali esperienze possano promuovere tali attitudini e sentimenti positivi. Per entrare nello specifico dei fattori protettivi è bene affrontare il tema dell'affiliazione e dell'appartenenza. Esso si inserisce nella categoria dei fattori protettivi di carattere "ambientale", o "esterni alla famiglia" come il sostegno sociale, la scuola, il lavoro, il matrimonio. In letteratura l'argomento viene trattato facendo riferimento in particolare alla fede in una entità superiore, alla frequentazione e affiliazione a gruppi o comunità religiose e alla partecipazione ad attività svolte all'interno dell'organizzazione di appartenenza o comunque legate ad essa. La fede, come l'aggregazione ad un gruppo di fedeli, sono fattori spesso presenti nei soggetti *resilient* che sembrano avere una particolare funzione protettiva in diverse situazioni di alto rischio psicosociale (6, 8, 14, 9).

Uno studio longitudinale (10) illustra, attraverso la storia di casi, come alcuni soggetti ritenuti "vulnerabili", a causa dei seri problemi psicofisici e di adattamento presentati nella prima infanzia, fossero riusciti a sviluppare capacità di *resilience* e diventare adolescenti e adulti competenti con un buon adattamento psicosociale. Una delle condizioni cruciali per questi soggetti sembra fosse l'aver trovato un confor-

Per corrispondenza:

Rita Semprini

E-mail: [semprita@inwind.it](mailto:semprita@inwind.it)

to e un profondo senso di aiuto nella fede, nel coinvolgimento emotivo in riti religiosi e nell'assunzione di incarichi all'interno della chiesa che li faceva sentire indispensabili e che avrebbe permesso a questi individui di sviluppare una visione ottimistica del mondo e una maggiore fiducia nel prossimo. Lo stesso rilievo emerge dai risultati di uno studio che valuta il rischio di schizofrenia in bambini appartenenti a classi sociali fortemente svantaggiate (1), in cui gli autori ipotizzano che i bambini giudicati "ipervulnerabili" avessero potuto raggiungere buoni risultati e buone condizioni di salute anche attraverso l'affiliazione a gruppi religiosi. Pare che il senso di avere dentro di sé qualcosa di grande, l'accettazione e il sostegno da parte degli altri membri della comunità avesse permesso loro di superare le difficoltà e di dare un senso alla propria esistenza.

In una rassegna sui fattori protettivi (15) la chiesa viene vista come sistema di sostegno sociale capace di riconoscere e rinforzare la "competenza" degli individui e di dare un senso di coerenza.

Altri autori parlano del ruolo della religione in relazione al modo in cui la fede e le credenze personali possono migliorare le capacità di adattamento e di far fronte agli eventi stressanti influenzando la percezione e la valutazione soggettiva sia di tali eventi sia delle risorse e delle forme di sostegno disponibili, ma anche creando la possibilità di sostituire comportamenti devianti con altri più "sani": ad esempio, frequentare il gruppo dei fedeli potrebbe preservare dall'eccessivo consumo di alcool.

Questi dati vengono confermati anche da uno studio di tipo "autovalutativo" che cioè utilizza le concezioni, percezioni e valutazioni dei soggetti stessi (13). Quasi tutte le persone che si definivano *resilient*, che cioè ritenevano di essere stati in grado di superare le avversità, descrivevano fra le possibili condizioni di aiuto una loro forza o guida interiore che nel cinquanta per cento dei casi era attribuita ad una credenza religiosa e in un terzo dei casi ad una psicoterapia.

Un altro studio ha cercato invece di indagare quali possano essere le caratteristiche delle famiglie di bambini ad alto rischio che riescono a sviluppare capa-

cià adattive e competenze superiori alle aspettative dato il loro *background* (4).

Gli autori ipotizzano che vi siano famiglie resistenti agli stress capaci di proteggere i propri figli dai rischi e pericoli ambientali a cui sono esposti. Nel caso delle famiglie studiate (di basso ceto sociale, appartenenti a minoranze etniche, residenti in quartieri periferici poveri) i bambini avevano alte probabilità di abbandonare presto la scuola, di venire coinvolti nel mondo della droga o della delinquenza e, le bambine, di avere gravidanze molto precoci. I dati della ricerca mostrano che le famiglie di coloro che erano riusciti a sfuggire tali pericoli si differenziavano per due aspetti fondamentali:

a) una prima caratteristica era lo stile educativo che era restrittivo, autoritario, teso al controllo e all'obbedienza e che in questo caso risultava protettivo in quanto, limitando la libertà dei figli, imponendo il rispetto di una disciplina e di regole di condotta ed esercitando un monitoraggio ed un controllo costante sulle loro attività e sulle compagnie frequentate, riusciva a evitare che si "cadesse" in situazioni pericolose, peraltro molto diffuse in quell'ambiente di vita; b) l'altra caratteristica delle famiglie "resistenti" era l'appartenenza ad una comunità religiosa e l'importanza che la chiesa assumeva nella loro vita.

Gli autori sottolineano come non ci fosse niente di magico nella chiesa di per sé, ma il fare parte di un gruppo forniva alle famiglie una forma di sostegno sociale in quanto, potendo condividere i propri principi e i propri valori con gli altri, i genitori si sentivano rassicurati e rinforzati circa i loro ideali e i metodi educativi adottati.

Inoltre frequentare delle compagnie che non erano in contrasto con i valori ricevuti in famiglia risultava importante anche per i bambini.

È bene precisare che il fattore protettivo studiato in questi esempi non fa riferimento a una particolare fede o religione anziché un'altra. Il valore protettivo e riparativo che può assumere, in particolari situazioni, una fede o un'ideologia consiste nell'avere qualcosa in cui credere che nello stesso tempo consocia gli individui e li riscatta socialmente. Associazioni religiose, politiche, sportive e culturali e qualsiasi situazione per cui le persone possono riunirsi in gruppo, rispondono ad un bisogno fondamentale dell'uomo in quanto "animale sociale" che è quello, appunto, di socializzare, di appartenere e di condividere con

altri esperienze, conoscenze, bisogni e ideali.

La protezione è data dall'essere parte di un gruppo in quanto il gruppo (e spesso un *leader*) rappresenta una unità in cui l'individuo può riconoscersi, identificarsi, condividere valori comuni, contenere le ansie e le paure ma anche dare regole, limiti e promuovere senso di responsabilità e di appartenenza.

Dove manca questa possibilità di aggregazione, quando questo bisogno fondamentale non viene soddisfatto in senso positivo c'è il rischio che la riunione si costituisca in bande eversive, in gruppi devianti o di emarginati, di "sbandati".

Il rischio è tanto maggiore quanto più gli individui sono svantaggiati e deprivati economicamente o affettivamente, privi di confini e di punti di riferimento. ■

#### Bibliografia

- (1) Anthony EJ. A new Scientific region to explore. In: Anthony EJ et al. The child and his family: vulnerable children. *International yearbook*, vol. 4, New York: Wiley
- (2) Anthony EJ. Risk, vulnerability and resilience: an overview. In: Choler B. The invulnerable child Cambridge University Press, Cambridge 1989
- (3) Anthony EJ et al. The invulnerable child. Guilford, New York 1987
- (4) Baldwin A et al. Stress resistant families and stress resistant children. In: Ralf J et al. Risk and Protective Factors in the development of Psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge 1990
- (5) Bandura A. Self-efficacy: in changing societies. Cambridge University Press 1995
- (6) Comer JP. Maggie's American dream. New American Library, New York 1988
- (7) Garnezy N. Vulnerability research and issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1971;41:1,101
- (8) Ianni FAJ. The search for structure. *The Free Press*, New York 1989
- (9) Masten AS et al. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 1990;2:425
- (10) Murphy LB et al. Vulnerability, coping and growth. Yale University Press, New Haven 1976
- (11) Rutter M. An Update on Resilience: Conceptual Consideration and Empirical Findings. *Comunicazione personale*, Marzo 1997
- (12) Segal J et al. A child's journey: Force that shapes the lives of our young. McGraw-Hill, New York
- (13) Watt NF et al. The life course of psychosocial resilience: A phenomenological perspective on deflecting life's slings and arrows. *Journal of Primary Prevention*, 1995;15:209
- (14) Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Meisels SJ et al. Handbook of early intervention. Cambridge University Press, New York 1990
- (15) Werner EE et al. Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. McGraw Hill, New York 1982



# 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](mailto:csb.trieste@iol.it)

A stylized illustration of a child's profile in profile, reading a book. The child is pink-skinned with a yellow curl of hair. The book is white with a yellow butterfly on the cover. The background is split into blue and red sections.

nati  
per  
leggere

Associazione Italiana Biblioteche

Associazione Culturale Pediatri

Centro per la Salute del Bambino



*Benvenuti  
nel futuro.*

NUOVO

*Unico vaccino  
esavalente  
in forma liquida*

**HEXAVAC<sup>®</sup>**



Aventis Pasteur MSD  
i Vaccini per la Vita

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



**ENTNEROGERMINA®**

*lo recupera e lo mantiene.*

 **sanofi~synthelabo**  
otc