

Quaderni acp

volume VIII - numero 2

www.acp.it

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



Marzo - Aprile 2001

*Progetto sperimentazione dei farmaci
Parecchi difetti*

*Corsi di preparazione al parto
e allattamento al seno:
esperienza di un distretto sanitario*

Notti arabe

*Il pediatra associato. Breve glossario
del lavorare "insieme"*

Raccontare storie ai bambini o scriverle

*Supporto alla funzione genitoriale
e promozione della salute mentale
in età evolutiva*

*Alimentazione neonatale
e pressione arteriosa*

*Una bambina con gli anticorpi
contro il virus della Mononucleosi*

Come usare il tiralatte

L'esame con luce di Wood

*Il sostegno domiciliare
come fattore protettivo*

edizioni no profit
ACP

Eurospital® e la malattia celiaca.

Un impegno costante
per la reale conoscenza
di una patologia
sottostimata.



1987 **Introduzione degli AGA**

Eurospital raggiunge un obiettivo estremamente innovativo introducendo α -Gliatest. Il primo sistema commerciale di diagnosi non invasiva per lo screening di massa della malattia celiaca, fino ad allora sottostimata.

1990 **Linee guida per un corretto utilizzo degli AGA**

In cooperazione con il Gruppo di Gastroenterologia della Società Italiana di Pediatria, Eurospital contribuisce a diffondere le informazioni sulla malattia celiaca, dai principali centri di riferimento all'intero territorio italiano.

1991 **Uno studio multicentrico: forme atipiche di MC**

Il concetto "diagnosi per la vita" viene introdotto e applicato nella diagnosi della malattia celiaca. Le conoscenze della malattia aumentano e si evidenzia la necessità e l'importanza di individuare i pazienti non diagnosticati.

1992 **Alla scoperta dell'iceberg**

Si discutono progetti di screening nelle scuole. Eurospital promuove il progetto "Celiachia 2000". Il progetto permette di arrivare alla definizione dell'attuale incidenza della malattia. I nuovi kit Antiendomysium e Gliastick sono disponibili per il supporto alla diagnosi.

1993 **Studi multicentrici sulla popolazione a rischio di MC**

L'incidenza di DID nei pazienti celiaci è esaminata in uno studio multicentrico effettuato da centri italiani e francesi. La quota di incidenza è più alta del previsto: un'altra malattia associata al morbo celiaco diventa oggetto di studi approfonditi.

1994 **Nuovi dati sull'incidenza della MC**

Lancet pubblica i primi dati del progetto Celiachia 2000. La quota di incidenza è 1:304; sette anni prima era 1:2000.

1995 **Malattia celiaca: lo stato dell'arte**

Viene organizzato il Workshop internazionale sulla malattia celiaca ad Ancona: ulteriori dati dimostrano una quota ancora più alta di incidenza (1:299) con un alto ratio tra pazienti noti e sottostimati (1:6,4). Sono necessari ulteriori studi per completare il quadro.

1996 **Standardizzazione degli AGA quantitativi**

Quanto è grande l'iceberg? Eurospital incrementa il suo impegno per ottenere la risposta finale. l'obiettivo è ora la standardizzazione dei risultati.

1997 **Identificazione dell'antigene EMA**

Un gruppo di ricercatori tedeschi identifica e caratterizza l'enzima transglutaminasi tissutale come il principale antigene della risposta EMA. Eurospital acquisisce il brevetto per il sistema diagnostico.

1998 **Standardizzazione della qualità di tTG**

Eurospital mette a punto ed industrializza Eu-tTG (il test ELISA per il rilevamento di anticorpi umani IgA diretti contro la transglutaminasi tissutale).

2000 **Uso di antigene ricombinante umano**

Eurospital introduce Eu-tTG umana, sistema basato sull'antigene ricombinante più

2000

Uso di antigene ricombinante umano

Eurospital® introduce Eu-tTG umana, sistema basato sull'antigene ricombinante più utilizzato in studi clinici internazionali.

Eurospital® 

Sommario

Marzo - Aprile 2001 volume VIII, numero 2

Editoriale

- 6 Progetto sperimentazione dei farmaci
Parecchi difetti
Sergio Conti Nibali

Congressi controllo

- 8 Nestlè, al congresso nazionale ACP
9 Napoli - Seminari per operatori
del progetto adozione sociale

Ricerca

- 12 Corsi di preparazione al parto e allattamento al seno:
esperienza di un distretto sanitario
Lucio Piermarini

Organizzazione sanitaria

- 14 La legislatura trascorsa e i bambini
g.c. b.
20 Il pediatra associato
Breve glossario del "lavorare insieme"
Vincenzo Calia et al.
23 Federalismo fiscale e livello di assistenza
g.c. b.

Lettere

- 16 Notti arabe
Ioannis A. Giannakakis et al.

Libri

- 18 Rocco Fortunato, *Fabbricato in Italia*
18 Comunità Cristiana di base
di S. Paolo, *Il Giubileone; storia a fumetti*
19 Sandro Onofri, *Registro di classe*
19 Jean C. D'Avec, *Il corruttore di bozze*

Lettere

- 22 Raccontare storie ai bambini o scriverle
Giancarlo Biasini

Film per ragazzi

- 24 Billy Elliot: la danza come metafora di vita
Italo Spada

Info

- 26 I bisogni di salute secondo l'ISTAT. Mah!
26 Come calcolare i costi di malattia
26 Andamento della spesa in Italia e OCSE
26 Progetto del MURST per il terzo mondo
27 Aumentano le ospedalizzazioni
27 ECM: attenti allo sponsor
27 Workshop SPES
27 Abbiamo clienti o pazienti?
27 Arrivano i RUG

World-Info

- 28 UK - Mass media e scienza: rapporti difficili 1
28 UK - Mass media e scienza: rapporti difficili 2
28 USA - Virus contro virus
28 SCOZIA - Si torna indietro sulla
separazione ospedali/unità locali

- 28 GLOBO - Abuso e infanticidio
29 UK - Bambini sempre più obesi, un'altra conferma
29 UK - Nestlè a buca anche con la pop music!
29 UK - Il terzo mondo di casa nostra
29 GERMANIA - Il regalo di Hitler
29 UK - Gorgoglii o parole?
29 GRECIA - Non era re Filippo

Salute pubblica

- 30 Supporto alla funzione genitoriale e promozione
della salute mentale in età evolutiva
Giorgio Tamburlini

Lettere

- 34 Ancora sulle cellule staminali
Aldo Maravigli
34 E se fossero i medici?
Efrem Marri
35 EBM e informazione ai genitori
di bambini affetti da convulsioni febbrili
Federico Marchetti

ACP News

- 36 ECM: a che punto siamo?
Consiglio direttivo
Maria Francesca Siracusano

Leggere e fare

- 38 Alimentazione neonatale e pressione arteriosa
Lucio Piermarini
39 Ininfluenza la carica elettrostatica nei distanziatori
Lucio Piermarini
Malformazioni congenite:
rapporto causale con gravi eventi psicosociali
Maria Grazia Lunetta
41 Sindrome HHE
Lucio Piermarini
Ceftriaxone: aumenta le resistenze
Giancarlo Biasini

Il caso che insegna

- 44 Una bambina con gli anticorpi
contro il virus della Mononucleosi
Aschettino M. et al.

Informazioni per genitori e pazienti

- 48 Come usare il tiralatte
Rosellina Cosentino, Sergio Conti Nibali

Saper fare

- 50 L'esame con luce di Wood
Fabio Arcangeli, Maurizio Parisi

Buona TV

- 53 Anna dai capelli rossi
Livia Vitali

Il punto su

- 56 Il sostegno domiciliare come fattore protettivo
Francesco Ciotti

Lunibron[®]

Flunisolide



NUOVO DOSAGOCCE[®] CON STANTUFFO GRADUATO

NUOVO ASTUCCIO CON REGOLO POSOLOGICO



Lunibron[®] 30 mg/30 ml

Soluzione da nebulizzare
Flunisolide

VALEAS



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

n° di gocce
11 2 volte al giorno

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

① Vedi lato
② indicato
③

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

Marzo - Aprile 2001 volume VIII, numero 2

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Direttore organizzativo

Giovanna Benzi

Responsabile esecutivo

Rosario Ferracane

Comitato editoriale

Maurizio Bonati

osservatorio internazionale

Antonella Brunelli

saper fare

Giancarlo Cerasoli

letture

Francesco Ciotti

scuola e società

Giuseppe Cirillo

bambini con bisogni speciali

Sergio Conti Nibali

*informazioni per genitori
e pazienti*

Carlo Corchia

statistiche correnti

Nicola D'Andrea

libri

Luciano de Seta

il caso che insegna

Michele Gangemi

ricerca

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

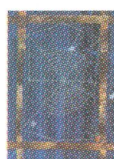
© Associazione
Culturale Pediatri

ACP edizioni No Profit

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

Pubblicazione iscritta
nel Registro Nazionale
della Stampa,
posizione n° 8949

In questo numero l'illustrazione
di copertina è tratta da "Il piccolo
ragno tesse e tace" di Eric Carle,
edito da Mondadori.



Le illustrazioni
all'interno sono di
Nicoletta Costa tratte
da "L'oca d'oro"
dei Fratelli Grimm
edito da Edizioni C'era una volta...

INDIRIZZI

Direttore

Giancarlo Biasini

corso U. Comandini 10 - 47023 Cesena

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

Redazione e direzione esecutiva

via Galileo Galilei 22 - 90145 Palermo

Centro per la Salute del Bambino - ONLUS

Unità locale di Palermo

Tel e Fax 0916810715 E-mail: sfedele@tin.it

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri

via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR)

Tel 078357401 Fax 0783599149 E-mail: fdessi@tin.it

Reclami e copie arretrate

Gianni Piras

via Nulvi 27 - 07100 Sassari

Tel 03332562649, Fax 0792594096

E-mail: info@unclick.it

Stampa

Stilgraf

viale Angeloni 407 - 47023 Cesena

Tel 0547610201 E-mail: dima@interoffice.it

La rivista è suddivisa in due sezioni:

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

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

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

Progetto sperimentazione dei farmaci Parecchi difetti

Sergio Conti Nibali

Pediatra di base AUSL 5, Messina

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 6-7

L'editoriale che pubblichiamo è a nome di un componente del comitato editoriale ma riflette le opinioni di tutto il comitato. Su un argomento di questo genere che riguarda gran parte del passato e del futuro dell'ACP è però essenziale aprire un dibattito. Le nostre pagine sono aperte.

Il documento della CUF sulla sperimentazione dei farmaci in fase III (sperimentazioni controllate e randomizzate) in pediatria e in medicina generale colma una lacuna nella ricerca farmacologia clinica.

Il documento arriva in un momento nel quale il dibattito sull'uso di farmaci off-label in pediatria si fa sempre più fitto (*NEJM* 2000;343:1125; *Quaderni acp*, 2000,4:10) e sempre più viene sentita l'esigenza, sull'onda della medicina basata sull'evidenza, dell'utilizzo "scientificamente provato" del farmaco. La quasi totalità dei pazienti, infatti, accede al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) attraverso l'area delle cure primarie. Molti degli interventi utilizzati in questo setting non hanno prove sicure d'efficacia e, laddove l'efficacia di un intervento sia stata provata, le ricerche sono state condotte in ambiti osservazionali diversi. La necessità di acquisire evidenze basate su sperimentazioni condotte in contesti appropriati ai "luoghi" dove le malattie si presentano, è vera a maggior ragione per la pediatria extra-ospedaliera. Infatti il 65% dei bambini visitati dal pediatra di famiglia riceve in media 1,4 farmaci e nel 50% dei casi la terapia è diversa per indicazione, dosaggio, formulazione o via di somministrazione da quella per cui è registrata.

L'ACP già nel 1997 aveva pubblicato un proprio documento sulla Ricerca nell'area delle cure primarie del bambino (*Medico e Bambino* 1997;7:31), nel tentativo di dare un senso (una "prospettiva") alle numerose ricerche che i vari gruppi, da soli o insieme, avevano avviato nel corso del precedente decennio.

In realtà la motivazione dei gruppi alla ricerca era dettata per lo più da una sorta di necessità di formazione piuttosto che di sperimentazione di nuove terapie o d'applicabilità di modelli assistenziali al setting della pediatria ambulatoriale. Assai spesso, anzi, la nascita dei gruppi ACP era stata determinata dalla necessità di trovarsi per condurre una ricerca.

L'ACP inoltre aveva tracciato tre direttive che riguardavano la "formazione" alla ricerca, la "produzione" di lavori di rilevanza nazionale ed internazionale e la "moralizzazione" della ricerca per evitare l'esposizione dei bambini a ricerche non rilevanti. Per ottenere questi risultati aveva strutturato una segreteria per la ricerca ed un comitato scientifico che valutasse le proposte, fornisse sostegno tecnico e disponesse per un eventuale finanziamento. A questo proposito le ricerche da allora condotte si sono preoccupate di non creare conflitti d'interesse, utilizzando finanziamenti interni o provenienti da enti pubblici; finanziamenti destinati unicamente alle spese di "produzione", senza alcun "ritorno", se non culturale, per i ricercatori. Tuttavia, nonostante la storia e la "tendenza" alla ricerca, in ambito ACP sono mancati la definizione dei criteri di priorità e degli indirizzi verso i quali la ricerca dovrebbe muoversi. In questo scenario il testo della CUF sulla proposta di regolamentazione per la sperimentazione clinica controllata in medicina generale e pediatria di libera scelta, che dovrebbe entrare in vigore a partire dal sesto mese dalla pubblicazione sulla G.U., riveste un carattere d'assoluta ed attesa novità, in quanto pone le diverse società, enti, singoli professionisti interessati di fronte ad una necessaria ridefinizione degli ambiti "veri" applicativi della ricerca clinica. Il formale riconoscimento della "primary care" come setting privilegiato d'osservazione, richiede uno sforzo culturale ed organizzativo che vede le attività di sperimentazione e di rilevazione clinica in ambito territoriale, non più come un puro e ripetitivo esercizio di formazione ma come una componente riconosciuta dell'attività assistenziale. Tuttavia, se da un lato le premesse che accompagnano il documento sono pienamente condivisibili, molti sono gli interrogativi che emergono in merito agli aspetti organizzativi, di ruolo e di compiti (in particolare delle ASL, dei Comitati Etici) che vengono configurati. In particolare ci sono alcu-

Per corrispondenza:
Sergio Conti Nibali
E-mail: serconti@glauco.it

ni punti che lasciano perplessi ed insoddisfatti. Il primo riguarda la formazione dello sperimentatore che nella versione definitiva del documento è sostanzialmente affidata ai promotori della ricerca, cioè, quasi sempre, all'industria; in un primo documento infatti la formazione di base era riservata alle strutture del SSN. È ben vero che una discreta parte delle ASL non è attualmente in grado di assolvere a tale compito; ma è altrettanto vero che, con la formulazione attuale, non lo sarà mai. Finora le ricerche svolte in ambito ACP hanno previsto una fase iniziale di formazione di pochi pediatri che poi trasferivano le conoscenze acquisite ai gruppi locali che partecipavano alla ricerca. Questo modello ha funzionato e va riproposto.

Il secondo riguarda l'autorizzazione alla ricerca che verrà data da un comitato etico (c.e.) scelto dal promotore della ricerca, invece che da un "c.e. di riferimento" regionale che avrebbe dato maggiori garanzie; di comitati etici ne esistono un'infinità, sparsi su tutto il territorio nazionale ed assolutamente non confrontabili per capacità operativa in termini di valutazione dei protocolli.

Il terzo riguarda la mancanza d'ogni indicazione per inserire i medici nell'elenco degli sperimentatori; in un primo documento si faceva cenno alla necessità di una documentazione, mentre ora basta averne fatto domanda. C'è da aspettarsi che il numero di pediatri partecipanti sarà enormemente superiore ai pochi che finora hanno aderito solo per "stimoli culturali" alle ricerche; il testo definitivo della CUF (non il primo!), difatti, prevede un compenso economico, stimolo che sembrerebbe irrinunciabile per alcuni (molti?) (ricordate i bilanci di salute? *Medico e Bambino* 1997;9:557). Mancano poi garanzie sull'accessibilità delle ricerche, di cui parla la dichiarazione di Erice e di cui si è fatta interprete Amnesty International. C'è il rischio che i trial inconclusivi o negativi vengano largamente ignorati perché non pubblicati dai promotori della ricerca.

Infine ci si poteva attendere che il problema degli off-label fosse almeno citato nel documento, vista la direttiva della UE che sta per essere pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale e che dedica l'intero articolo 4 alla sperimentazione sui minori.

Cavicchi (direttore generale di Farmindustria) ha scritto che la proposta della CUF rappresenta "un'occasione di crescita irrinunciabile" (*Il Sole 24 Ore Sanità*, 30 Gennaio 2001); bisognerà verificare, tuttavia, l'inte-

resse che mostreranno le industrie alle sperimentazioni in fase III in ambito pediatrico. In Inghilterra le industrie farmaceutiche non sembrerebbero molto attratte. Secondo un'inchiesta della *Britain Consumers' Association* (*BMJ* 2000;320,1362) solo 4 delle 79 industrie appartenenti all'*Association of the British Pharmaceutical Industry* hanno risposto ad un questionario che faceva parte di una campagna per assicurare che tutti i farmaci utilizzati nei bambini fossero soggetti alle stesse regole di quelle utilizzate negli adulti. Ma le industrie sono forse le sole agenzie capaci di sostenere le spese organizzative per trial multicentrici e si potrebbe correre il rischio, al contrario, che siano loro le quasi esclusive promotrici di sperimentazione e che, alla fine, incoraggino studi clinici di scarsa rilevanza pratica e culturale.

I problemi non si esauriscono certo alla parte strettamente economica; c'è un aspetto organizzativo che per gli RCT, ad esempio, è estremamente oneroso: la randomizzazione, la cecità, la preparazione del placebo, il monitoraggio del trial durante il suo iter, rappresentano alcuni degli aspetti più impegnativi per assicurare una corretta interpretazione dei risultati. Così come problematica è la variabilità degli sperimentatori, che in un RCT che ha come setting la pediatria di base, possono essere numerosissimi. In sintesi, il rischio che bisogna evitare è di burocratizzare eccessivamente la ricerca nell'area delle cure primarie, di lasciare eccessivo spazio all'industria ed affidare i controlli nelle mani di istituzioni (le ASL, i comitati etici) che non si sono mai occupati del problema ed alle quali non si danno gli strumenti per occuparsene con efficienza, e di abbandonare a se stessa, cioè a nessuno, la ricerca sanitaria di base alla quale l'industria non ha interesse. Come uscirne? L'esperienza inglese dell'*UK Federation of Primary Care Research Networks* (*BMJ* 2001;322:588) sembra essere incoraggiante in quanto i trenta membri della commissione hanno stimolato l'esecuzione di numerose ricerche di largo respiro e di notevole impatto nella pratica clinica nell'area delle cure primarie. Certamente non si può lasciare all'industria il compito di dare risposte in termini di programmazione e di ideazione della ricerca clinica in pediatria ambulatoriale. Il rischio è che si cerchi di produrre ricerche con un approccio di tipo "top down", in cui gli "esperti" impongono la ricerca in base a delle priorità da loro scelte; l'opposto dell'approccio che finora, almeno

in ambito ACP, è stato privilegiato, il "bottom up", in cui i pediatri si riuniscono per stabilire le priorità e, in base a queste, le modalità della ricerca. Sarebbe auspicabile e certamente possibile, un approccio misto che avrebbe più possibilità di produrre ricerca di buona qualità con gli auspicabili risvolti culturali a cascata.

Una commissione del tipo di quella inglese (che porti in evidenza la rilevanza scientifica di alcune esigenze in termini di salute, per usare i termini della dichiarazione di Erice) potrebbe essere pensata in Italia allo scopo di lanciare la promozione di studi spontanei, sui quali si ricerchi una sponsorizzazione sia essa dell'industria o di altri.

La Commissione è sicuramente difficile (impossibile?) da attuare in termini istituzionali, ma possibile in termini di attività volontaristica, per lo meno in ambito di salute infantile, con la partecipazione di società o istituti che si occupano di questi problemi. Essa può anche rappresentare una garanzia per la prevedibile eterogeneità territoriale nell'approvazione dei singoli protocolli di studio e soprattutto rispetto alle ricadute successive alla ricerca, promovendo in questo modo una crescita culturale collettiva (*Lancet* 2001;357:733).

La complessità e la difficoltà di intraprendere studi nell'area delle cure primarie, verrebbe abbondantemente controbilanciata dall'enorme ricaduta pratica, sia sotto l'aspetto di acquisizione di nuove conoscenze che in termini di formazione degli sperimentatori; formazione da intendere soprattutto come acquisizione di un metodo di indagine scientifica "evidence based". In definitiva una ricerca che farebbe bene sia a chi la sostiene (Industria? Ministero? Azienda sanitaria locale?) che a chi la esegue, con il risultato principale di produrre maggiore conoscenza su problemi di rilevante e comune interesse clinico ed assistenziale.

Crediamo, in definitiva, che il documento della CUF vada accolto con grande interesse, avendo però bene in mente che ci sono ambiti abbastanza equivoci nel suo seno che vanno chiariti, anche nelle sedi locali, all'atto delle definizioni delle caratteristiche della ricerca; riteniamo altresì che la regolamentazione della sperimentazione dei farmaci in fase III rappresenti solo l'inizio di un più ampio dibattito sulla ricerca nell'area delle cure primarie. ■

NESTLÈ

Al congresso nazionale ACP

Al XII congresso nazionale dell'ACP di Vicenza era presente, per partecipare ad un dibattito, il dr. Faina, presidente della Nestlè Italia. La Nestlè è la compagnia che più delle altre continua ad essere oggetto di denunce internazionali per violazioni del codice dell'OMS. L'invito era motivato dalla possibilità di aprire un confronto sereno per capire fino a che punto le ditte siano intenzionate a collaborare con quanti (ACP compresa) chiedono l'adozione di un codice comune di comportamento che vada anche oltre la legge italiana, recependo, meglio di quanto non faccia la legge, il codice dell'OMS.

La commercializzazione dei sostituti del latte materno in Italia è regolamentata dalla legge 500 del 6 Aprile 1994, che recepisce, nelle sue linee generali, il codice dell'OMS del 1981 ed una successiva direttiva dell'Unione Europea. L'OMS aveva deciso di emanare il codice per tentare di porre un argine alla dilagante pubblicità delle ditte, che diffondevano messaggi ritenuti fuorvianti circa l'alimentazione del lattante.

Dalla pubblicazione della legge cosa è cambiato? I collaboratori scientifici delle industrie non lasciano più negli studi dei pediatri di base campioni di latte artificiale, almeno per le formule di partenza; gli ospedali non consegnano più campioni alla dimissione.

I "turni" dei latti, molto criticati dal provvedimento dell'autorità garante per la concorrenza ed il mercato ("Latte artificiale per neonati": provvedimento n° 8087 del 2 marzo 2000), continuano però ad essere la regola nella grande maggioranza degli ospedali. La prescrizione di latte artificiale agli allattati al seno continua al punto di aver provocato la recente circolare del ministro Veronesi (24 otto-

bre 2000, n° 16 - Promozione e tutela dell'allattamento al seno - G.U. del 10 novembre 2000), la quale invita gli assessorati a vigilare affinché non si verifichino situazioni che in qualunque modo possano interferire negativamente sull'allattamento al seno.

Per richiamare i propri soci a comportamenti che non siano in conflitto con gli interessi della salute pubblica, alcune società scientifiche hanno sentito il bisogno di regolamentare il rapporto con le industrie attraverso codici più o meno vincolanti. L'Associazione Culturale Pediatri ne ha approvato uno, che, pur lasciando sostanzialmente libertà di scelta ai singoli gruppi affiliati e ai singoli soci, è servito a porre un freno ad offerte che a volte potevano apparire ben al di fuori di una corretta professionalità. Il codice dell'ACP invita con fermezza ad evitare sponsorizzazioni da parte, almeno, di quelle ditte che infrangono il codice dell'OMS in qualsiasi paese. Questa rivista non ospita pubblicità di sostituti del latte; i congressi ACP (quelli a carattere nazionale) non ricevono sovvenzioni dalle ditte.

Ma torniamo al congresso di Vicenza: si è discusso molto pacatamente, ma il dibattito si è tuttavia arenato nel momento in cui è stato proposto al dr. Faina di condividere un codice di regolamentazione a firma Nestlè, quindi apparentemente accettabile (**box**).

Il dr. Faina ha tagliato corto: la Nestlè si impegna a rispettare il codice riprodotto nel **box** nei paesi in cui non c'è una legge; laddove la legge c'è (come in Italia) quel codice, secondo il presidente della Nestlè Italia, non ha valore. Qualcuno ha fatto presente che i codici appartengono all'etica e quindi vengono prima della legge che appartiene al diritto, ma il dr. Faina su questi aspetti non si è voluto confrontare. C'è da sperare che su questo punto, che riteniamo fondamentale, il dibattito non finisca qui.

Qualcuno dalla sala ha proposto anche una specie di comportamento di vicendevole cortesia: le industrie accettano un codice più coerente con quello proposto dall'OMS e i pediatri non contrastano la diffusione del latte di proseguimento dopo il sesto mese di vita del bambino.

Benché la proposta contrasti con le raccomandazioni OMS del 1993 e dell'AAP del 1997 che invitano ad aiutare le mamme ad allattare ben oltre il 6° mese, il dr. Faina non si è dimostrato accomodante neppure su questa proposta. A dimostrazione che è abbastanza difficile, con tutta la buona volontà, trovare accordi con chi non li vuole.

s. c.n.

box

In accordo con il codice la Nestlè si impegna a:

NON fare pubblicità per lattanti al pubblico.

NON distribuire alle madri campionature gratuite del latte per lattanti.

NON permettere al suo personale di prendere contatti diretti con le madri.

NON riconoscere al personale incentivi basati sulle vendite del latte per lattanti.

NON utilizzare fotografie di bambini sulle confezioni di latte per lattanti.

NON accordare benefici materiali o finanziari ai professionisti sanitari per promuovere il latte per lattanti.

NON permettere la distribuzione di materiale promozionale alle madri negli ospedali e nelle cliniche.

NON fornire campionature gratuite, ad eccezione di casi particolari

e solo dietro una specifica ricetta scritta.

Fonte Nestlè: In accordo con il Codice dell'OMS. Nestlè Italia, Milano Ottobre 1998.



NAPOLI

Seminari per operatori del progetto adozione sociale

Si sono svolti a Napoli dal 12 al 28 giugno 2000 quattro seminari definiti di "accompagnamento" per gli operatori coinvolti nel programma "adozione sociale - infanzia a rischio", organizzati dal Comune di Napoli e dall'ASL Napoli 1. La chiave di volta per migliorare tutte le fasi del programma e per favorire l'integrazione tra gli operatori sociali e quelli sanitari è, secondo gli organizzatori, la condivisione delle procedure. Per questo motivo sono stati organizzati seminari

diretti agli operatori di ciascuna tappa del progetto: punti nascita, unità operative materno infantili, servizi sociali comunali. In ogni seminario sono state affrontate quattro tematiche comuni a tutto il personale e tre procedure di competenza specifica per ogni gruppo di operatori, proprio per sottolineare l'importanza del "lavorare insieme" su cose concrete e per riflettere "insieme" sulle modalità di miglioramento.

A settembre si passerà dall'organizzazione seminariale di questa prima fase ad un'organizzazione per gruppi misti di operatori e per aree territoriali cittadine, al fine di valorizzare le esperienze acquisite e l'interazione circolare. Buona la partecipazione a tutti i seminari e buono il coinvolgimento degli operatori, consapevoli delle difficoltà ma convinti che questo nuovo modo di lavorare rappresenta una novità positiva.

Il gruppo di coordinamento del program-

ma ritiene di primaria importanza far crescere una nuova cultura di integrazione socio - sanitaria e, senza voler imporre strategie, ha cercato di stimolare la partecipazione attiva da parte di tutti.

p. s.

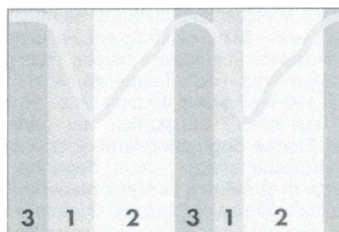


medela®

**PRODOTTI PER L'ALLATTAMENTO AL SENO
PERCHÉ IL LATTE MATERNO É IL MIGLIOR NUTRIMENTO PER IL BAMBINO**

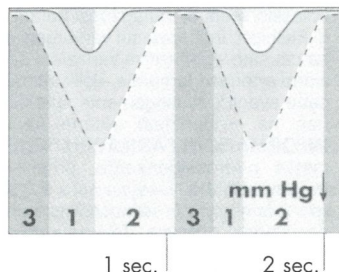
LA NATURA AL MEGLIO

Il ritmo di suzione del bambino



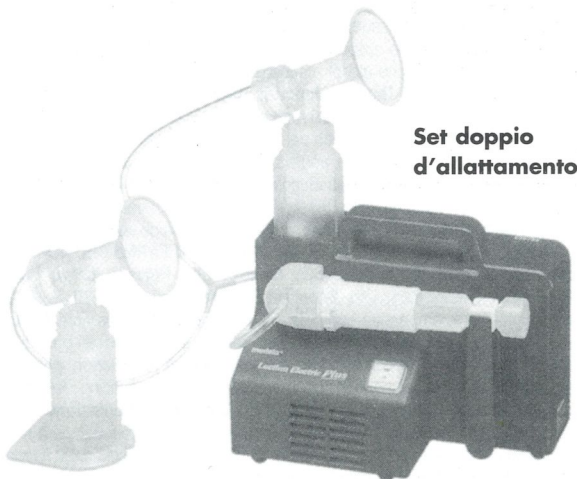
- 1 Fase di suzione
- 2 Fase di rilassamento
- 3 Fase di riposo

Il principio di suzione Medela



- Minimo valore di vuoto durante la suzione
- Massimo valore di vuoto durante la suzione

TIRALATTE LACTINA ELECTRIC PLUS



I PRODOTTI MEDELA SONO DISTRIBUITI DA
FARMAC ZABBAN S.p.A.
Calderara di Reno - Bo

TEL/FAX 051 318411/318472 - E-mail company@farmaczabban.com

Clenil per Aerosol

RIASSUNTO
DELLE
CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE: CLENIL 0,8 mg/2 ml sospensione da nebulizzare. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di sospensione contengono: Principio attivo: beclometasone dipropionato 0,040 g. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione da nebulizzare. Per aerosol. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Controllo dell'evoluzione della malattia asmatica e delle condizioni di broncostenosi. Riniti allergiche e vasomotorie, affezioni infiammatorie ed allergiche delle cavità nasali e del tratto rinofaringeo. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti: un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Bambini: metà contenuto di un flaconcino monodose per seduta 1-2 volte al giorno. Il flaconcino reca una graduazione corrispondente a metà dose. **4.3 Controindicazioni** Infezioni virali e tubercolari attive o quiescenti locali. Soggetti con ipersensibilità individuale ai componenti. Generalmente controindicato in gravidanza e allattamento (v. par. 4.6). **4.4 Speciali avvertenze e speciali precauzioni per l'uso** Le infezioni delle cavità nasali o dei seni paranasali devono essere trattate con terapia appropriata, ma non costituiscono controindicazioni specifiche all'uso del CLENIL. Benché CLENIL sia in grado di controllare nella maggior parte dei casi la rinite allergica stagionale, uno stimolo abnormalmente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL richiede precauzioni se vi è motivo di supporre che la funzionalità surrenalica sia alterata. Comunque inizialmente CLENIL va somministrato continuando il trattamento sistemico; successivamente questo va progressivamente ridotto controllando il paziente ad intervalli regolari (in particolare vanno effettuati periodici esami della funzionalità cortico-surrenale) e modificando la posologia di CLENIL a seconda dei risultati ottenuti. Durante i periodi di stress o di grave attacco asmatico i pazienti, sottoposti a tale passaggio, dovranno avere un trattamento supplementare di steroidi sistemici. La terapia con CLENIL non ha finora dato luogo al riscontro di una riduzione dei livelli di cortisolo plasmatico. Tale riduzione è stata osservata solo in pazienti che ricevevano il doppio della dose massima consigliata di beclometasone dipropionato somministrato mediante aerosol pressurizzato. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni medicamentose ed altre** Non note. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, durante l'allattamento e nella prima infanzia CLENIL deve essere somministrato soltanto in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** A seguito della somministrazione di beclometasone dipropionato per via aerosolica, in alcuni pazienti può comparire candidosi della bocca o della gola. Pazienti con dati anamnestici o di laboratorio indicanti una precedente infezione possono sviluppare più facilmente tale complicazione. L'incidenza della candidosi sembra essere in relazione con la dose somministrata. L'affezione risponde generalmente ad appropriata terapia antifungina topica senza interruzione del trattamento con beclometasone dipropionato. L'insorgenza di tali infezioni fungine può essere minimizzata sciacquandosi regolarmente la bocca dopo ogni applicazione. In pazienti con vie aeree molto sensibili l'uso del prodotto potrebbe dar luogo a tosse e raucedine. **4.9 Sovradosaggio** I pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo nel corso di trattamenti prolungati affinché, nell'improbabile evenienza che un uso eccessivo del preparato induca alterazioni della funzionalità surrenalica, il trattamento possa essere interrotto ed il paziente tempestivamente protetto dagli effetti della soppressione surrenalica mediante opportuna terapia sistemica. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** CLENIL contiene come principio attivo il beclometasone 17,21-dipropionato, corticosteroide dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoide ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasone alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasone valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL è indicato nella terapia dell'asma bronchiale, delle riniti allergiche e vasomotorie e delle manifestazioni infiammatorie delle affezioni rino-faringee. CLENIL è privo alle dosi consigliate di attività cortisonica generale: esso pertanto non dà luogo agli effetti sistemici ed alle controindicazioni ben note della corticoterapia. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Studi di cinetica con beclometasone dipropionato marcato hanno dimostrato che dopo inalazione di una dose elevata solo il 20-25% viene assorbito. Una parte della dose somministrata viene deglutita ed eliminata nelle feci. La frazione assorbita in circolo viene metabolizzata per via epatica a monopropionato e a beclometasone alcool e successivamente escreta in forma di metaboliti inattivi nella bile e nelle urine. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Tossicità acuta: DL50 (topo per os) >4000 mg/kg; DL50 (ratto per os) >4000 mg/kg; DL50 (topo per i.m.) 400 mg/kg; DL50 (ratto per i.m.) 420 mg/kg. Tossicità cronica: ratto per nebulizzazione (180 giorni), cane per nebulizzazione (90 giorni). La somministrazione non ha provocato alcuna alterazione del peso corporeo, della crasi ematica e del trofismo della mucosa delle vie respiratorie. Le funzioni epatiche e renali si sono mantenute nella normalità. Tossicità genetica: la somministrazione per nebulizzazione a ratte e coniglie gravide non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearilico, Polisorbato 20, Sorbitan monilaurato, Propile p-idrossibenzoato, Acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Non note. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 36 mesi. Tale periodo è da intendersi per il prodotto in confezionamento integro, correttamente conservato. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va conservato alle normali condizioni ambientali. Il flaconcino monodose aperto va utilizzato nell'arco delle 24 ore. **6.5 Natura del contenitore, confezione e relativo prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Astuccio di 20 flaconcini monodose da 2 ml - Lit. **6.6 Istruzioni per l'uso** Agitare prima dell'uso. Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'alletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C. CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.**, Via Palermo, 26/A - Parma **8. NUMERO A.I.C.** 023103132 9. DATA DI AUTORIZZAZIONE 09/03/91 10. ULTIMA REVISIONE TESTO: Luglio 2000 **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non pertinente. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Specialità medicinale da vendersi dietro presentazione di ricetta medica.

Fluibron A

RIASSUNTO
DELLE
CARATTERISTICHE
DEL PRODOTTO

1. NOME DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE Fluibron A Soluzione Monodose. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** 100 ml di soluzione allo 0,75% contengono: Principio attivo: Ambroxol cloridrato mg. 750. Un flaconcino monodose contiene 15 mg di ambroxol cloridrato. **3. FORMA FARMACEUTICA** Soluzione per aerosolterapia. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Trattamento delle turbe della secrezione nelle affezioni broncopolmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmodico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolatrice. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espertorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** Tossicità acuta - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). Tossicità cronica - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. Attività teratogena - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravide e coniglie gravide) evidenziano la totale mancanza di attività teratogena di Fluibron. Attività mutagena - I classici tests di mutagenesi hanno messo in evidenza alcuna attività mutagena di Fluibron. Influenza sui vari organi ed apparati - Si è dimostrato che Fluibron non ha causato significative variazioni della pressione ventricolare sinistra, della pressione arteriosa femorale, dell'elettrocardiogramma e della frequenza cardiaca nel cane sveglio. Analogamente, alle dosi di 160 mg/kg/os e 40 mg/kg/s.c., Fluibron non ha evidenziato alcuna azione sull'attività peristaltica nel cane. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio cloruro, metile p-idrossibenzoato, propile p-idrossibenzoato, acqua depurata. **6.2 Incompatibilità** Nessuna nota. **6.3 Durata di stabilità a confezionamento integro** 2 anni alle normali condizioni ambientali. Alterazioni possibili durante la conservazione: nessuna. Tale periodo è da intendersi per la specialità correttamente conservata e con confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Il prodotto va utilizzato entro le 24 ore dalla prima apertura del flaconcino monodose. **6.5 Natura del contenitore, confezione e prezzo** Confezione interna: flaconcini monodose in polipropilene con graduazione a metà dose, richiudibili. Confezione esterna: astuccio in cartoncino stampato. Confezione da 15 flaconcini monodose da 2 ml Lit. 12.500. **6.6 Istruzioni per l'uso** Per utilizzare il flaconcino monodose eseguire le seguenti operazioni: 1) Flettere il monodose nelle due direzioni. 2) Staccare il flaconcino monodose dalla striscia prima sopra e poi al centro. 3) Aprire il flaconcino monodose ruotando l'alletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze



Clenil[®] per Aerosol

0,8 mg / 2 ml sospensione da nebulizzare



...e **Fluibron[®] A**
ambroxol

 **chiesi** GROUP

Tradizione e tecnologia alle radici di una leadership



Ricerca

Corsi di preparazione al parto e allattamento al seno: esperienza di un distretto sanitario

Lucio Piermarini

Pediatra Servizi Consultoriali, ASL 4, Regione Umbria

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 12-14

Obiettivo: verificare la reale efficacia della frequenza dei corsi pre-parto da parte delle gestanti sulla prevalenza di allattamento al seno esclusivo (ASe).

Metodi: somministrazione di un questionario in occasione della terza seduta vaccinale.

Risultati: la prevalenza di ASe a sei mesi nelle madri che hanno frequentato un corso pre-parto è significativamente più alta che nelle madri che non ne hanno frequentato alcuno. La partecipazione ai corsi è significativamente più frequente nelle madri laureate rispetto alle altre.

Conclusioni: la partecipazione ai corsi pre-parto da parte delle gestanti è efficace nell'aumentare la prevalenza di ASe. Le caratteristiche dei corsi sono determinanti nel raggiungimento dell'obiettivo. L'adesione alla Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e dell'UNICEF potrebbe contribuire a migliorare sensibilmente i risultati ottenuti.

Parole chiave: Allattamento al seno, Corsi di preparazione al parto.

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

Background

Ci sono dati che suggeriscono che l'informazione e la formazione sull'allattamento al seno, inserite nei corsi di preparazione al parto per gestanti, aumentano la probabilità di allattare e la durata dell'allattamento (1, 2). Costituiscono inoltre il terzo dei "dieci passi" raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e dall'UNICEF (3). Nel territorio dell'Azienda ASL 4, Regione Umbria, i corsi di preparazione al parto esistono da circa venti anni e sono sempre stati integrati da due incontri con il pediatra, mirati specificatamente all'informazione sull'allattamento al seno e ai problemi del bambino nei primi giorni di vita. Nel 1994, avendo a disposizione le schede dei bilanci di salute fino al primo anno di vita, compilate dai pediatri di libera scelta, è stata effettuata una valutazione della prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo (ASe) che fu del 12% a sei mesi, senza alcuna differenza tra partecipanti o meno ai corsi pre-parto.

Limitatamente al Distretto 1 dell'ASL 4 ciò indusse ad una revisione delle metodologie di intervento: gli incontri furono portati da due a sei (90-120 minuti), privilegiando il vissuto delle madri e l'importanza di un buon attaccamento, e arricchendo gli incontri con la visione e la discussione di diapositive e video. Una valutazione su un campione di madri frequentatrici dei corsi del Distretto 1 nel 1995 ha dimostrato un netto miglioramento rispetto al precedente dato (12%) con il 34% di ASe a sei mesi.

Successivamente l'intervento è stato completato con l'organizzazione, in ciascuno dei tre centri di salute del Distretto 1, di un consultorio per il sostegno all'allattamento al seno e di incontri mensili post-parto. Tutto il personale dedicato alla donna e al bambino ha partecipato ad un corso di formazione di quattro giorni sull'allattamento al seno. Sono inoltre disponibili nella nostra zona due consulenti della "Leche League International".

Obiettivo

L'obiettivo della presente valutazione è stato quello di verificare l'efficacia dei nuovi interventi inseriti nei corsi pre-parto e la possibilità di ulteriori miglioramenti.

Metodi

Nel corso del 1998 a tutte le madri presentatisi consecutivamente per la terza seduta vaccinale presso un centro di salute del Distretto 1, è stato somministrato, singolarmente da parte di un'assistente sanitaria, un questionario nel quale, oltre a domande di inquadramento generale, era loro chiesto di ricordare a quale settimana di vita del bambino avevano interrotto l'ASe. Per evitare il rischio di confusione da parte dell'intervistata tra ASe vero e proprio e ASe più altri alimenti, era chiesto a quale età fosse stata iniziata l'introduzione di pappe o biscotti, in pratica lo svezzamento. L'analisi della significatività è presentata solo per l'ASe a sei mesi, in quanto questo specifico dato rappresenta l'indicatore di salute raccomandato dalla WHO e dall'UNICEF.

Risultati

Sono stati compilati 185 questionari. I questionari utilizzabili per l'analisi, in quanto completi in ogni loro parte, sono stati 179. Le caratteristiche generali della coorte in esame sono elencate in **tabella 1**.

Nella **tabella 2** sono riportati i risultati ottenuti confrontando due gruppi di madri: il primo gruppo si riferisce alle mamme che allattano, il secondo a quelle che non allattano esclusivamente a sei mesi. Leggendo i dati secondo una linea verticale e soffermandoci alle prime due colonne si evidenzia che:

1. La prevalenza dell'Asè a sei mesi è del 39,7%.
2. Le madri che hanno frequentato uno qualsiasi dei corsi pre-parto (124) presenti sul territorio, rispetto a quelle che non hanno frequentato alcun corso (55), hanno allattato per il 48% contro il 20% (2ª colonna: OR 3,75; IC 95% 1,68-8,52). I due gruppi differiscono significativamente nella loro composizione solo per la presenza ai corsi e per la prevalenza di diplomate e laureate: queste con prevalenze rispettivamente del 38,8% e del 62%, ottengono risultati significativamente migliori rispetto al gruppo con licenza di scuola dell'obbligo che raggiunge solo il 28%. Quest'ultimo gruppo presenta comunque, con la partecipazione ai corsi, un aumento della prevalenza dal 13% al 41% (OR 4,76; IC 95% 0,94-26,99). Il dato si conferma anche eliminando tutto il sottogruppo delle laureate (OR 3,89; IC 95% 1,61-9,65). Il sottogruppo di madri che ha frequentato i corsi del Distretto 1 ha raggiunto un Asè a sei mesi del 55%, con un OR di 1,78 rispetto agli altri corsi, appena al di sotto dei limiti di significatività. Se tuttavia si confrontano i singoli corsi con il gruppo senza corsi, solo il corso del Distretto 1 raggiunge la significatività (OR 4,86; IC 95% 2,07-11,64).
3. Le madri che hanno scelto il rooming-in hanno raggiunto un Asè a sei mesi del 60% contro il 36% delle altre che non lo avevano scelto (OR 2,70; IC 95% 1,05-7,00). Tuttavia in 15

madri che avevano chiesto il rooming-in ma che non lo avevano ottenuto per mancanza di posti, abbiamo ugualmente trovato il 60% di Asè a sei mesi. I numeri troppo piccoli non consentono di discutere l'ipotesi che la forte motivazione sia ugualmente sufficiente.

4. Il parto cesareo confrontato con il parto naturale non sembra influenzare negativamente l'Asè a sei mesi (37%), confermando i risultati ottenuti nella precedente indagine del 1994; l'aver frequentato un corso pre-parto aumenta la probabilità di Asè a sei mesi (48%) ma non raggiunge la significatività.

Un altro dato raccolto dal questionario è l'epoca di svezzamento che, secondo le più recenti raccomandazioni UNICEF, dovrebbe coincidere con la durata minima dell'Asè, cioè i sei mesi di vita. I risultati sono di una prevalenza di svezzamento non prima dei sei mesi del 52% nella popolazione generale e del 66% nelle partecipanti ai corsi. Inoltre il 30% dei bambini non rispetta, in più o in meno, le quantità di alimento prescritta dal pediatra.

I risultati dello studio sembrano confermare l'utilità dei corsi pre-parto e in particolare un'efficacia superiore, anche se ai limiti della significatività, dei corsi pre-parto organizzati secondo le modalità del Distretto 1 e di tutto l'intervento successivo organizzato a sostegno dell'allattamento al seno.

Una possibile critica alla raccolta dei dati può venire dal non avere seguito la raccomandazione dell'UNICEF di utilizzare, nelle ricerche epidemiologiche sull'allattamento, solo il dato relativo alle 24 ore precedenti l'intervista. Nel nostro caso, raccogliere dati sull'Asè a sei mesi sfruttando le sedute vaccinali e usando tale tecnica, indubbiamente estremamente obiettiva, avrebbe significato intervistare solo quelle rare madri che si fossero presentate alla seconda vaccinazione, praticata usualmente tra i 4 e i 5 mesi, in ritardo di uno-due mesi. Quanto alle possibilità di miglioramenti ulteriori, queste si fondano ovvia-

Tabella 1. Caratteristiche dell'intero gruppo

	Numero	%
Parità		
Primipare	121	67,6
Pluripare	58	32,4
Corsi pre-parto		
Nessuno	55	31
Corso Distretto 1	82	45,7
Corso Distretto 2	10	5,5
Corso Privato	32	17,8
Parto cesareo	49	27,4
Rooming-in	25	14
Ricovero >3gg	19	10,6
Scolarità materna		
Obbligo	46	26
Diploma	104	58
Laurea	29	16

Tabella 2. Caratteristiche delle madri in relazione all'Asè a sei mesi

	Allattamento al seno esclusivo a 6 mesi				Totale
	Sì		No		
	numero	%	numero	%	
Totale	71	39,7	108	60,3	179
Madri con corsi	60	48	64	52	124
Madri senza corsi	11	20	44	80	55
Primipare	47	38,8	74	61,2	121
Pluripare	24	41,4	34	58,6	58
Scolarità					
Obbligo	13	27,7	34	62,3	47
Diploma	40	38,8	63	61,2	103
Laurea	18	62	11	38	29
Rooming in	15	60	10	40	25
Ricovero >3gg	5	26,3	14	73,7	19
Cesareo	18	36,7	31	63,3	49

mente sull'estensione dell'accesso ai corsi pre-parto e, forse ancora di più, sulla futura adesione degli ospedali del nostro territorio al programma *Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)* (4). Infatti la caduta della prevalenza di ASe già alla prima settimana (dal 22% delle madri dei corsi pre-parto al 45% delle altre) è tanto consistente quanto quella dalla prima settimana ai sei mesi.

Conclusioni

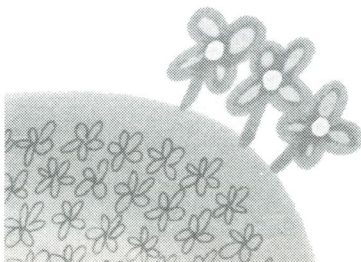
I risultati ottenuti ci permettono di continuare ad operare nei corsi pre-parto nella loro attuale strutturazione e nell'attività di sostegno dopo il parto, nelle sue due forme, individuale e di gruppo. Il passo successivo potrà essere quello di concentrarci sull'espansione del *rooming-in*, soprattutto se offerto dalle neonatologie non come un'opzione alla pari del nido, ma come scelta raccomandata nell'ambito di un'adesione convinta al programma *BFHI*. Questo potrebbe accelerare il raggiungimento e il superamento dell'obiettivo UNICEF del 50% di ASe a sei mesi. ■

Bibliografia

- (1) Kistin N et al. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990;5:741
- (2) Long L. Breast-feeding workshops: a focus on knowledge, skills and attitudes. *British Journal of Midwifery* 1995;10:540
- (3) WHO: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. *WHO/CHD/98.9*
- (4) *Baby Friendly Hospital Initiative*. Part II. Hospital level implementation. *WHO/UNICEF* 1992

Ringraziamenti

Si ringrazia l'ASV Carla Fiorini per l'accurata somministrazione dei questionari, e tutto il personale dei Sevizi Consultoriali dell'ASL 4 che, con disinteressato entusiasmo e professionalità, ha contribuito al raggiungimento di così brillanti risultati.



Organizzazione sanitaria

La legislatura trascorsa e i bambini

Com'è stata la legislatura che si esaurirà in questa primavera per quanto riguarda l'attenzione alle problematiche dell'età evolutiva? Le considerazioni espresse in questo commento nascono da una "chiacchierata" con il dottor Antonino De Arcangelis, pediatra napoletano, giornalista, autore di numerosi saggi sulla situazione dell'assistenza materno-infantile a cominciare dal famoso volume "L'infanzia del malessere".

In effetti, alcune delle attività governative hanno rappresentato una specie di risveglio politico, iniziato con la presentazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1997-2000, sulla cui nuova impostazione generale questa rivista ha presentato numerosi contributi. Il PSN conteneva, in verità, modesti riferimenti all'infanzia rimandando al Progetto Obiettivo Materno-Infantile. Tra molte traversie, non tutte chiare, il Progetto Materno-Infantile è stato presentato soltanto l'8 giugno 2000 in coda alla validità del Piano e ha avuto valore solo debolmente indicativo per l'attuazione regionale e la successiva convenzione pediatrica che porterà al "taglio dell'età", con gli incentivi ai medici di medicina generale, che tanto ha fatto discutere. Il Piano prevedeva, inoltre, la stesura di linee guide pediatriche alle quali si era cominciato a lavorare e che, a quanto risulta, è stata interrotta dopo la nomina del ministro Veronesi.

Il progetto di Piano Sanitario 2001-2003, presentato a metà febbraio, fa un debolissimo richiamo al Progetto obiettivo, indica alcuni generici obiettivi, introduce - a pari merito con la riduzione dell'abuso - l'obiettivo di "ridurre la sofferenza dei celiaci", che non è la massima sofferenza ipotizzabile fra i bambini, e - in campo di *screening* - ignora completamente la discussione internazionale sullo screening neonatale della sordità, proponendo, invece, la sperimentazione di uno screening elettrocardiografico per la SIDS, discutibilissimo.

Sostanzialmente emerge una pervicace disattenzione mirata all'infanzia, confermata dal volume "Health in Italy in the 21st Century", pubblicato nell'estate del 2000, e dagli ondeggiamenti sulla politica vaccinale (obbligatorietà o no), censurati, senza risposta, dalla commissione senatoriale in materia d'infanzia.

Insieme a De Arcangelis, che ha trasmesso una sua nota al Ministero, notiamo come il PSN 2001-2003 contiene poi alcune ovvietà (citiamo solo: "contrastare il decremento demografico" e "aumentare l'offerta dei pediatri") che valutiamo sul piano dell'auspicio!

Assai più mirata è stata l'attenzione all'infanzia del Ministro per gli affari sociali, di cui questa rivista si è più volte occupata. Citiamo i convegni sulle politiche sociali per l'infanzia, le innovazioni introdotte dalla legge 285, l'istituzione dell'Osservatorio per l'infanzia, la legge sulla pornografia, le ricerche del Censis sullo sfruttamento sessuale dei minori, i due piani nazionali per la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza. Sono certamente gli eventi da ricordare di questa legislatura. De Arcangelis ha qualcosa da dire anche sulla disattenzione dei Ministri della sanità all'attività parlamentare. Da lui stesso sollecitati, sono stati numerosi gli interventi di parlamentari, in particolare con richieste di maggiori informazioni sulla situazione dei minori da parte dell'ISTAT (evasione scolastica, malformazioni, differenze regionali per causa dei decessi, maggiore tempestività nella pubblicazione dei dati che ora arriva anche a 30 mesi). Queste interrogazioni sono rimaste tutte (una era firmata da otto senatori) senza risposta da parte del governo. Addirittura il presidente della commissione infanzia del Senato ha presentato una formale richiesta in tal senso al presidente dell'ISTAT che ha risposto affermando che non v'era in ogni caso alcuna necessità di raccogliere informazioni maggiori di quelle già raccolte dall'ISTAT in merito alla situazione dell'infanzia. E c'è da notare che a fine 2000 il potenziamento informativo è stato richiesto all'ISTAT anche dall'assemblea dei Presidenti delle Regioni, fino ad ora con lo stesso risultato. La stessa commissione infanzia del Senato un anno fa sollecitò la preparazione di un libretto sanitario che potesse essere suggerito come base alle regioni, dato che in molte aree del paese questo strumento manca. La commissione, anzi, produsse con l'aiuto di esperti una traccia di libretto che fu inviato al Ministro nell'agosto del 2000, senza avere né dal Ministro né dal ministero alcun riscontro.

In conclusione? Una legislatura parlamentare molto debole sul piano della tutela della salute dell'infanzia da parte del Ministero della Sanità e molto attiva da parte del ministro per gli Affari Sociali.

g.c. b.

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

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

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

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

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

Per Informazioni:
csb.trieste@iol.it



nati
per
leggere

Notti arabe

Ioannis A. Giannakakis, John P.A. Ioannidis*

Medico di base Ioannina Grecia

*Dipartimento di Igiene ed Epidemiologia Unità di EBM Università di Ioannina Grecia

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 16-17

Quest'articolo è comparso sul British Medical Journal del 23 dicembre 2000 (2000;321:1563). Noi speriamo che il giornale inglese sia stato contagiato dalla nostra rubrica goliardica "Un pò per gioco"; che abbia cioè trovato utile applicare alla professione medica il detto antico "ridendo castigat mores". Comunque l'articolo ci è subito parso troppo divertente per non dividerlo con i nostri lettori.

Maria Francesca Siracusano ne ha curato, da par suo, una traduzione correttissima anche se abbastanza scanzonata. Buon divertimento!

Una calda notte alla fine di maggio, il cielo pieno di stelle. Sto galleggiando supino nel Mar Morto. Non è necessario muovere braccia o gambe, non è necessario provare a nuotare; semplicemente relax. Il potere di sollevamento dell'acqua è tutto quello che è necessario; è come navigare nello spazio cosmico senza gravità. Ci si sente bene; sono contento.

Può questa esperienza essere correlata con il modo in cui esercito la medicina? Può realmente influenzare e modificare il modo in cui io diagnostico e tratto i pazienti nella mia quotidiana pratica? Ecco la storia.

Non sono stato solo negli ultimi due giorni. Sono alloggiato in un hotel di lusso con altri 200 dottori greci. Quando siamo arrivati abbiamo trovato fiori, avocado, ananas, e abiti bianchi da indossare nelle nostre stanze. Siamo stati vestiti da allora di bianco, non il camice bianco, come potreste pensare, ma l'abito tradizionale arabo lungo con ampie maniche e un copricapo arabo per la testa. Le donne vestono abiti di seta bianca con bei ricami. Esco dal mare e faccio una doccia. Il sale brucia i miei sensi. Ora di pranzo. Ci sono tende in spiaggia. Sotto le tende, sono apparecchiate basse tavole con deliziosi piatti arabi. Scorre il vino. Noi siamo distesi su cuscini, secondo l'uso dei beduini, e mangiamo. Duecento persone che mangiano, bevono, scherzano e si divertono. Quando il pranzo termina molti tra i miei colleghi provano a fumare la tradizionale pipa ottomana, con il tabacco che brucia in una larga bottiglia di vetro. "Abbasso gli sforzi contro il fumo! La vita è breve, dice Ippocrate, goditela" esclama uno dei nostri colleghi di medicina preventiva, un appassionato fumatore, agitando il bocchino nella mano.

Una musica esotica ci avvolge, prima dolcemente, poi con più forza, esuberante. È veramente una festa in spiaggia. Quasi tutti stanno ballando, cantando, bevendo e si sentono

ebberi. E qui arriva il gran momento. Una bella piccola *khanum* si presenta, una ragazza di 18 anni, con il corpo perfetto seminudo, luccicante di gioielli e di seta semitrasparente, agitando i lunghi capelli neri sulle spalle mentre balla la danza del ventre al suono di tamburi e flauti. Una vera tentazione, come resistere? Non il povero medico di mezz'età che ha vissuto tutta la sua vita in una piccola città del nord della Grecia, con più pioggia di Londra e più nebbia di San Francisco. Egli lavora duramente per interminabili ore senza divertimento. È uno dei medici di successo, dicono i pazienti, giudicando dalla massa della sua clientela, uno di quelli con le migliori conoscenze. Non ha avuto delle vere vacanze da anni. È conosciuto come preciso, scrupoloso e professionale. E ora sembra che il suo destino sia di fronte a lui, la piccola Khanum. Lei si avvicina, dondolando il corpo. All'inizio lui non riesce a muoversi, i suoi occhi sono spalancati. Lei è ancora lì, lo circonda con le braccia, senza toccarlo. Lui trattiene il respiro, poi lentamente prova a seguire la sua danza. La sua mente è perduta. È intrappolato nella propria estasi. È ubriaco, sorridente, felice. Infine, salta dal suo cuscino, prorompendo in una esplosione di emozioni in una lingua che la ragazza non può comprendere, ma tutti noi sì: "Continua a danzare anima mia, mia regina, ed io prescriverò qualunque farmaco che la ditta vuole, continua a danzare mia sirena, mio sogno, e io riempirò tutte le mie prescrizioni con XXXX, continua a dondolare il tuo piccolo addome di alabastro, mio piccioncino...". Noi stiamo assistendo alla nascita del poeta, anche se questo poeta è ubriaco, come la leggenda vuole per molti dei grandi poeti alcolici dell'Oriente (e dell'Occidente).

Tra parentesi, XXXX è il nuovo antipertensivo recentemente commercializzato dai nostri ospiti. Lasciatemi mettere in chiaro le cose. Ovviamente la ditta ha pagato per tutti le

spese. Certo, siamo stati accompagnati dai rappresentanti, gli stessi che visitano me e gli altri nei nostri ambulatori. Al momento sono quelli lontano sette e dieci cuscini, uno di loro applaude l'esplosione poetica. Non abbiamo, comunque, ascoltato una sola parola su XXXX o qualunque altro farmaco in questo viaggio né in aereo, né in hotel, né nell'escursione nel deserto, da nessuna parte. Neanche una parola è stata pronunciata sui farmaci, né un'informazione offerta, né una lettura fatta, lo scopo era solo divertimento. Quando uno dei rappresentanti mi avvicinò un mese fa, il messaggio fu chiaro: "Vogliamo offrirle un viaggio di cinque giorni gratuito. Lo staff medico non sarà coinvolto, non si preoccupi, solo puro divertimento".

La promessa è stata mantenuta. Non è la stessa cosa rispetto a quando le ditte pagano le spese per intervenire ad un congresso scientifico.

Discussione

Abbiamo tutti familiarità con l'autorevole 27° o la conferenza internazionale di YYYY, dove YYYY sta per qualche importantissima subspecialità medica e questo è il più atteso incontro nel settore. Le ditte imbarcano centinaia di medici e le loro famiglie (cani e tutto il resto) per l'incontro nel corso del quale promuovere la loro informazione medica. Ti sforzi di trovare la sessione poster, ma è nascosta in un angolo dietro una pagoda alta 10 metri eretta per onorare i nuovi farmaci "che rivoluzioneranno la terapia della tua specialità", come suggerisce il motto sul tuo badge. Quando scopri il poster pertinente è piuttosto difficile concentrarti sui Metodi per il rumoroso dialogo che si svolge alle tue spalle. "Dove sei stato ieri sera?", "Ci siamo molto divertiti al Casinò; la ditta ha pagato tutto. Poi ci hanno accompagnato a ballare". "Siamo stati al ricevimento della ditta al vecchio castello; piuttosto noioso, ma la cena era buona", "Ho fatto una sauna ieri. E anche shopping. Ho trovato una bella borsa di pelle, ma non avevo abbastanza denaro con me, così ci torno oggi. Mi vuoi accompagnare?", "Mi spiace, aspetto un amico per andare in spiaggia. Mettiti d'accordo con il rappresentante, sono

sicuro che potranno comprare la borsa per te". Allora ti guardi intorno e realizzi che le altre persone intorno aspettano ansiosamente di andare in spiaggia. No, non sto parlando di quel tipo di congresso che promuove le frontiere della scienza medi-



ca e l'informazione e dove perfino i cocomeri del ricevimento della ditta hanno il nome del "più potente H1 bloccante cardiaco" stampato su, o dove ancora trovi un opuscolo con la stessa dicitura sotto il cuscino quando vai a dormire, per ricordarti che "a paragone degli altri, non causa sonnolenza". No, questo è stato un magnanimo, disinteressato regalo per la infaticabile comunità medica. "Un semplice modo di dire grazie" come un rappresentante mi ha detto. La ditta e i suoi interessi erano silenziosi per il nostro piacere. Beh, per essere onesti il nome della ditta lo abbiamo effettivamente visto in un paio di situazioni. Per esempio, aveva

affittato un treno e, una volta saliti, abbiamo realizzato che l'intero treno era stato ribattezzato con il nome della ditta. Ci fu raccontato che era lo stesso treno usato ai tempi di Lawrence d'Arabia, in viaggio per la Mecca. Lo scenario era sereno ed evocatore, il deserto magnifico. Allora vedemmo una nuvola di polvere dietro la collina. Non era una tempesta. Apparvero dieci guerrieri beduini su neri cavalli arabi, fucili in mano. Alcuni di noi uscirono fuori per vederli meglio e scattare fotografie. Il treno si muoveva abbastanza lentamente, e i cavalli ben presto galoppavano accanto a noi. "Proprio come il film!" esclamò una dottoressa. Aveva appena finito la sua esclamazione che il capo dei beduini si era avvicinato, l'aveva afferrata dalla vita e, nonostante le sue grida, messa in sella davanti a lui. Una sua amica fu afferrata da un altro guerriero, con un lunga barba nera. Non importa cosa Lawrence d'Arabia avrebbe fatto, noi guardavamo lo svolgersi del rapimento con timore, cercando di pensare cosa Popeye avrebbe fatto se fosse accaduto ad Olivia. Allora alcuni di noi ricominciarono a fotografare i beduini che si allontanavano. I rappresentanti spiegarono che le donne sarebbero state bene, e che le avremmo ritrovate di ritorno all'hotel. A meno che una vera love story non fosse nata nel frattempo. ■



Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Rocco Fortunato aveva fatto parlare di sé nel '99, esordendo con *I reni di Mick Jagger*; cronistoria dolcemente amara della sua condizione di malato sottoposto a dialisi, per buona sorte felicemente risolta, intrisa di autoironia e di un'atmosfera amabilmente pungente. Altrettanto autoironica è la vicenda di *Fabbricato in Italia*, ultimo suo libro, pubblicato dall'editore Fazi. Racconta l'infanzia e l'adolescenza dell'autore, corredata dai luoghi tipici del caso. A partire dal paese di papà e da quello di mamma, entrambi in Basilicata, dove il piccolo Nano, il protagonista, trascorre le vacanze, lasciandosi alle spalle un palazzo della periferia di Roma, tutto squallore e cemento, dove vive con la sua famiglia. Due tempi, due mondi: da una parte le tensioni della modernità, la solitudine e le fobie metropolitane, accentuate parossisticamente da una madre iperprotettiva e paranoica; dall'altra l'energia contadina dei riti tribali e la presenza di una nonna vecchia e ricca di buon senso che parla in dialetto; ma anche baruffe e giochi con i compagni (tra cui il buffo, brufoloso Colella). Poi Nano cresce, solo in età, purtroppo, e non in altezza e bellezza, emarginato dai compagni di liceo e musicomane: incupisce fino alla depressione. Un giorno finalmente scopre qualcosa che cambierà la sua vita per sempre: riesce a comprarsi una chitarra elettrica e a mettere su la più grande heavy rock band della storia!

La storia ha un ritmo brillante e sostenuto ed è spesso esilarante: come si avverte nelle pagine liriche dedicate alla partenza per le vacanze di Nano e famiglia, pigiati nella "otto e cinquanta celeste", nottetempo, dove agli occhi del piccolo "tutte le cose possedevano un segreto". Nel libro si intrecciano tenerezza e trivialità, esattamente come succede in tutte le adolescenze di sempre: le due facce di chi vive ancora nel beato affanno di non sapersi riconoscere.

Nicola D'Andrea

Rocco Fortunato *Fabbricato in Italia* Fazi, 2000, pp. 278, Lit. 25.000

Tre extraterrestri sbarcano con la loro navicella a Rio de Janeiro e restano meravigliati dalla bellezza del posto, dai bellissimi alberghi, dalla gente sorridente e dai negozi luccicanti. Uno di loro, tuttavia, si disperde tra la folla e poco dopo si ritrova in una favela; non riesce a capire come a così poca distanza le cose possano cambiare così radicalmente e come questi umani possano vivere in condizioni differenti dagli altri: sono più tristi, i bambini non giocano, frugano tra la spazzatura ... Finalmente ritrova i due amici: si chiedono quale era il significato di un "325" che brilla sulla sommità di un palazzo e scoprono che sono i giorni che mancano al Giubileo. I tre decidono di scoprire di cosa si tratta e vanno a Roma, dove incontrano i bambini del Laboratorio di Religione della Comunità di S. Paolo e insieme a loro vanno ad intervistare la gente sul Giubileo; alla fine ne fanno meno di prima. Decidono, dunque, di andare in biblioteca a leggere dei libri per chiarirsi le idee: lì incontrano un uomo saggio, un maestro della religione ebraica, che li guida, attraverso la lettura dei testi sacri originali, a scoprire il vero significato del Giubileo: "liberare la terra e i suoi abitanti da ogni forma di schiavitù". "Ma allora cosa c'entra il Giubileo con tutto il casino che stanno facendo a Roma? Perché tanto lavoro e tanti soldi sprecati?" - si chiedono - "Non si dovrebbe far festa con gli schiavi liberati in tutto il mondo e con i bambini delle favelas non più costretti a lavorare?". I tre extraterrestri tornano a Rio de Janeiro e comunicano ai bambini che la festa è (avrebbe dovuto essere) per loro.

È un fumetto scritto dai bambini del Laboratorio di Religione della Comunità di S. Paolo

di Roma: chiarisce il significato di “restituzione” del Giubileo, al di là di quella “strana mistura di sacro e profano, che rischia di essere irrilevante nei confronti dei problemi che incombono sulle Chiese e sull’umanità intera” (G. Franzoni *Anche il cielo è di Dio. Il credito dei poveri*. EdUP, pp. 33). È un libricino che andrebbe letto per capire cosa il Giubileo doveva essere e cosa non è stato.

Sergio Conti Nibali

Bambini e bambine della Comunità Cristiana di base di S. Paolo - Roma

Il Giubileone; storia a fumetti con la collaborazione di Francesco Tonucci EdUP-Roma, pp. 71, Lit. 16.000

Si tratta del diario di un anno di vita scolastica dello scrittore-insegnante. La stagione trascorsa in due classi di un liceo della periferia romana, alle prese con un mondo di ragazzi, genitori, insegnanti, società civile. Ma è anche un colloquio dello scrittore con se stesso, e nel suo analizzare la vita dei giovani e i loro problemi di adattamento c’è anche l’analisi della propria difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti di un’epoca, sentimento comune a tanti quarantenni: “Sono disgustato da tutto questo ..., dalla mia rassegnazione a fare il minimo indispensabile e niente di più per non perdersi per strada la maggior parte degli studenti, dell’impossibilità ... di portare dentro la scuola la mia vita. È ogni giorno più consistente il bagaglio che devo lasciare ogni mattina fuori dal cancello: nessuno dei miei poeti preferiti, nessuno dei miei film, nessuno dei musicisti preferiti ... Entro, e porto in classe sempre più la mia maschera, non me stesso. Insegno non il mio sapere, coi suoi limiti ma anche con le sue urgenze, bensì un sapere impersonale, agnostico, ragionevole”.

Ma il “professionista dell’educazione”, come egli stesso si definisce, va alla ricerca, attraverso la riscoperta delle proprie radici culturali e del proprio mondo di adolescente, di un linguaggio e di una comunicazione che lo metta in contatto con i suoi studenti, che gli consenta di fare breccia nell’apparente apatia, afasia e disinteresse di tanti di loro perché “la parola - giovani - assume inevitabilmente un valore di problematicità, di precarietà. È il più grande e spaventoso plurale che esista”.

Sandro Onofri è morto l’anno scorso; queste pagine, in forma narrativa di diario sono state ritrovate nel suo computer e pubblicate con minime correzioni redazionali. È un libro di cui si consiglia la lettura non soltanto a chi si confronta con l’universo dei ragazzi per il proprio lavoro, ma ad ognuno di noi che ogni giorno cerca di trovare una porta d’accesso all’universo dei propri figli adolescenti.

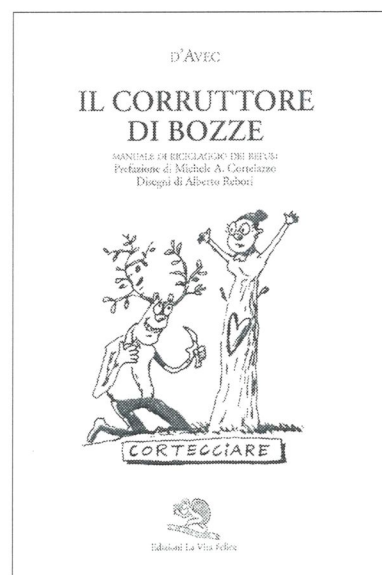
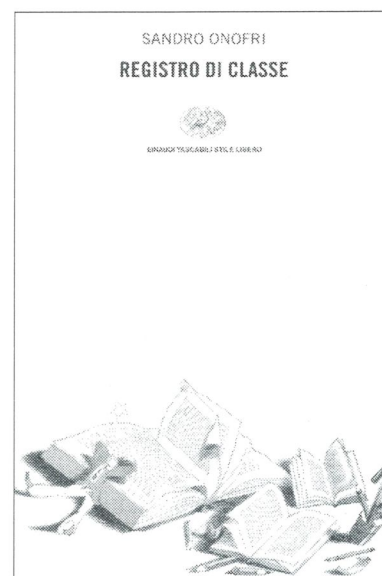
Maria Francesca Siracusano

Sandro Onofri *Registro di classe* Einaudi tascabili, pp. 96, Lit. 13.000

Dedicato a tutti i lavoratori (anche quelli volontari) della parola scritta. Cos’è l’*apitudine*? È l’abitudine di andare di fiore in fiore. “*Refuso*: errore di stampa consistente nello scambio di lettere o di segni”. In realtà *refuso* potrebbe essere definito come “folletto che, instancabile, si aggira durante la composizione di un libro, di un giornale, di qualunque scritto a stampa e, approfittando di un momento di distrazione di autori, revisori, correttori di bozze, si insinua beffardo nel testo, rendendolo scorretto, ridicolo e, a volte, portando alla superficie verità nascoste nel subconscio dell’autore o del tipografo”. Così scrive M.A. Cortellazzo, professore di grammatica italiana all’Università di Padova, nella prefazione al libro: le pagine della stessa prefazione sono distensive e didattiche. Ma scorrere a caso mezza pagina ogni tanto, in relax, di questo simpatico libretto, potrebbe passare per un’esilarante terapia. È l’ennesima prova di come si possa riuscire a giocare con la lingua: è un segno di buona salute sia della lingua che ... del produttore.

Nicola D’Andrea

Jean C. D’Avec *Il corruttore di bozze* Edizioni La Vita Felice, 2000, pp. 93, Lit. 20.000



Il pediatra associato

Breve glossario del "lavorare insieme"

Vincenzo Calia, Gianni Caso*, Pasquale Causa**

Pediatra di famiglia - Roma, *Pediatra di famiglia - Bergamo,

**Pediatra di famiglia - Pozzuoli

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 20-21

La tendenza dei pediatri a lavorare insieme con altri colleghi si è sviluppata molto in questi anni; per la seconda volta un accordo nazionale parla di "forme associative" e ne definisce caratteristiche e finalità. Può non essere facile orientarsi in questo campo e capire le differenze fra le tre possibilità proposte: pediatria di gruppo, pediatria in associazione e pediatria in rete. L'articolo cerca di fare chiarezza fra le varie forme di associazione.

Pediatria di gruppo

Introdotta ufficialmente con la convenzione firmata nel 1996, era già praticata in alcune città tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90. Consiste nell'organizzazione di un unico studio pediatrico dove operano più medici in orari diversi e coordinati fra di loro.

I pediatri che lavorano in gruppo dividono locali, strumentazione, archivi, personale di segreteria o infermieristico, nonché criteri assistenziali, linee guida diagnostico terapeutiche e metodologia di lavoro; spesso sono in grado di allargare il campo assistenziale fornendo *self help* diagnostico, continuità assistenziale, prestazioni aggiuntive (astanteria, vaccinazioni), in qualche caso sono impegnati anche in attività di ricerca e di insegnamento come tutor degli specializzandi.

Secondo la nuova convenzione, firmata nel 2000, per formare un gruppo bastano due pediatri che operino nello stesso ambito territoriale di scelta; non è previsto, invece, un limite massimo. Attualmente il più consistente gruppo in Italia conta sei pediatri.

Le finalità che la nuova convenzione assegna alla pediatria di gruppo sono:

- un più elevato livello delle prestazioni;
- maggiore accessibilità al servizio da parte dei cittadini (ampliamento dell'orario di studio).

Come funziona uno studio di gruppo?

Ciascun pediatra assiste personalmente i bambini iscritti nella sua lista, ma è disponibile a prestare assistenza ai bambini iscritti nella lista dei colleghi che lavorano con lui.

Ciascun pediatra riscuote le competenze che gli spettano in base al numero di bambini iscritti nella sua lista e alle prestazioni extra che esegue personalmente, a queste competenze si aggiunge un incentivo economico di Lit. 7.000 annue per assistito (aumentabili in base agli accordi regionali). Il budget che la convenzione assegna a questa incentivazione economica non può essere superiore a Lit. 7.000 per un numero pari al 5% dei soggetti assistibili, questo budget può però essere modificato in sede di trattativa regionale.

Gli assistiti di un pediatra non possono trasferirsi

nella lista di un collega dello stesso gruppo senza la sua esplicita autorizzazione.

I pediatri che lavorano in gruppo possono sostituirsi vicendevolmente per ferie, malattia, aggiornamento, ecc.

Le spese per la gestione dello studio sono divise all'interno del gruppo secondo criteri stabiliti autonomamente.

I membri del gruppo si devono riunire periodicamente per discutere del funzionamento dello studio, del raggiungimento degli obiettivi che si sono prefissi e sono stati eventualmente concordati con l'azienda sanitaria locale.

Pediatria in associazione

Anche questa è stata introdotta con la convenzione firmata nel 1996 (con applicazione subordinata agli accordi regionali, molti dei quali ne hanno però ignorato l'esistenza); non esistevano esperienze antecedenti e in questi cinque anni ha avuto minore diffusione rispetto alla pediatria di gruppo.

La pediatria in associazione consiste nel coordinamento degli orari di apertura di più studi pediatrici dello stesso ambito territoriale di scelta.

A differenza dei pediatri che lavorano in gruppo, coloro che lavorano in associazione operano ciascuno nel proprio studio, ma si impegnano a coordinare gli orari di apertura in modo che ci sia una disponibilità di accesso di almeno cinque ore giornaliere distribuite fra la mattina e il pomeriggio; almeno uno degli studi dell'associazione deve restare aperto fino alle diciannove.

Secondo la convenzione del 2000, per formare un'associazione bastano 2 pediatri; anche per le associazioni non è previsto un limite massimo; si possono formare associazioni anche coordinando l'attività di pediatri singoli con quella di gruppi di pediatri. È prevista la possibilità di formare associazioni con i medici di medicina generale.

L'associazione è un modo di lavorare insieme che consente un coordinamento dell'attività dove non è possibile (o non si vuole) formare studi di gruppo.

Le finalità che l'associazione persegue sono le stesse della pediatria di gruppo.

Come funziona un'associazione?

I pediatri di comune accordo coordinano gli orari di apertura dei loro studi, notificandolo agli assistiti.

Ciascun pediatra assiste i propri pazienti e riscuote le competenze relative, ma è disponibile, durante l'orario di chiusura dello studio dei colleghi, a visitare in ambulatorio i loro pazienti.

I pediatri dell'associazione studiano insieme linee guida diagnostiche terapeutiche comuni e si impegnano ad una revisione della qualità dell'assistenza prestata e dei comportamenti prescrittivi. È possibile per un'associazione organizzare un ambulatorio in comune nel quale svolgere attività concordate fra gli stessi medici associati. L'associazione è incentivata con una retribuzione aggiuntiva di Lit. 6.000 per assistito, aumentabili con la contrattazione regionale; il budget assegnato per questo incentivo è notevolmente più ampio di quello previsto per la pediatria di gruppo, Lit. 6.000 per il 30% del numero degli assistibili. È probabile che in futuro questa forma di organizzazione del lavoro sia estesa ulteriormente.

Pediatria in rete

Novità assoluta dell'ultima convenzione, non è alternativa alla pediatria di gruppo e alla pediatria in associazione, ma complementare.

Si tratta, in pratica, di applicare le tecnologie informatiche alle due forme associative descritte. Per praticare la pediatria in rete i pediatri (sia in gruppo, sia in associazione) devono dotarsi di un software di gestione dell'ambulatorio che consenta:

- la consultazione da parte di tutti i pediatri del gruppo o dell'associazione delle schede dei pazienti assistiti;

- il collegamento con l'azienda sanitaria per la trasmissione di dati epidemiologici e prescrittivi;
- la revisione della qualità e dell'appropriatezza degli interventi.

Spetterà alle regioni stabilire un incentivo economico non previsto in convenzione.

Ad onor del vero una "pediatria in rete" esiste già da tempo: è la rete informatica presente in molti studi pediatrici di gruppo.

Differenze con i medici di medicina generale

La medicina di gruppo, l'associazionismo e la medicina in rete sono previsti anche nell'accordo per la medicina generale; probabilmente in questo campo la tendenza ad associarsi è più forte, sicuramente c'è la volontà di favorirla.

Il recente accordo nazionale per la medicina generale è concepito in maniera differente da quello della pediatria; infatti, non si è scelto di distribuire aumenti più o meno uguali per tutti, ma si è preferito incentivare la migliore qualità dell'assistenza prestata. Un'altra differenza fra i

due accordi è che, mentre per i pediatri sarà la contrattazione regionale (con le sue incognite e i suoi "buchi neri") a stabilire definitivamente normative e incentivi per chi sceglie forme di lavoro in gruppo, in associazione o in rete, i medici di medicina generale hanno un contratto nazionale che già premia a sufficienza chi farà una di queste scelte. Di conseguenza un medico di medicina generale massimalista che lavora in gruppo riscuoterà un incentivo annuo di almeno Lit. 13.500.000, contro i 6.140.000 di un pediatra massimalista, mentre per chi lavora in associazione gli incentivi sono rispettivamente di Lit. 7.500.000 e 5.280.000. Inoltre per i medici di medicina generale è prevista un'incentivazione all'assunzione di un collaboratore di studio (c'è anche per i pediatri), ma anche un incentivo per l'assunzione di personale infermieristico (che ai pediatri non spetta). Un'altra importante differenza fra i due accordi sta nel riconoscimento che i medici di medicina generale che lavorano in gruppo o in associazione hanno avuto come "soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione fra le parti". Di questo ruolo "propulsivo" riconosciuto alla parte più avanzata e organizzata dei medici generalisti non c'è traccia nell'accordo dei pediatri.

I numeri della pediatria di gruppo

Fra le forme associative la pediatria di gruppo, nonostante in convenzione sia stata un po' sacrificata (tetto del 5% già citato), è sicuramente quella più importante e innovativa sul piano professionale e culturale, merita perciò qualche parola in più. La pediatria di gruppo rappresenta ancora un fenomeno minoritario in Italia, tuttavia si tratta di un'entità tutt'altro che trascurabile e in continua crescita. Già nel 1997 fra i pediatri del Lazio quasi il 9% lavorava in gruppi di due o più medici. In Lombardia nel 1992 esistevano soltanto 2 gruppi (poco più dell'1% dei pediatri), nel 1998 si aggiungeva un terzo gruppo (2% dei pediatri); oggi questa percentuale è arrivata quasi all'8%, con una punta nella provincia di Bergamo del 19%. In Emilia Romagna e nelle Marche lavorano in gruppo rispettivamente l'8% e il 16% dei pediatri. Certamente il tetto del 5% previsto in convenzione per l'assegnazione degli incentivi non sarà sufficiente; se non si vorrà ridimensionare il numero dei gruppi le regioni dovranno aumentarlo.

Il movimento nazionale della pediatria di gruppo

È nato nel 1998 a Roma con il 1° convegno nazionale della pediatria di gruppo per iniziativa dei tre gruppi di Bergamo, Pozzuoli e Roma, è cresciuto nei due successivi convegni di Bergamo e Pozzuoli, ha promosso molte indagini e ricerche su questa modalità di lavoro.

Dai risultati di questi lavori si può dedurre che la pediatria di gruppo risponde bene alle esigenze di miglioramento delle condizioni lavorative e della qualità di vita dei pediatri, come è dimostrato dalla sua progressiva diffusione e dalle reazioni unanimi di chi l'ha sperimentata. Inoltre, almeno due indagini dimostrano che la pediatria di gruppo tende a contenere nell'ambito delle cure primarie il massimo di prestazioni, diminuendo in maniera significativa la fuga delle famiglie verso il pronto soccorso ospedaliero.

È ragionevole ritenere, sulla base di un focus group condotto nel 1998 a Bergamo, che questa modalità organizzativa incontra il gradimento dell'utenza. Incoraggiato dalla crescita quantitativa e qualitativa dei gruppi, il movimento della pediatria di gruppo si è dotato di un coordinamento nazionale in cui sono rappresentate molte e diverse realtà di varie regioni italiane. Questo coordinamento sta attualmente lavorando ad uno studio sul gradimento dell'utenza, ad un censimento nazionale dei gruppi (chi è interessato può contattare Gianni Caso, tel. 035361717, e-mail pedro@ntt.it) e all'organizzazione del 4° convegno nazionale che si terrà a Milano il 18 e 19 maggio 2001. Per informazioni rivolgersi al gruppo di Muggiò: 0392780403 (F. Ragazzon), 0392780332 (A. Pirola), 0392782225 (P. Picco); e-mail: ambrogip@tin.it, ferragaz@tin.it, piccopatrizia@tin.it. ■

Bibliografia

- (1) Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. *Gazzetta Ufficiale n° 230 del 2/10/2000, supplemento n. 165/L*
- (2) Calia V. L'organizzazione del lavoro in pediatria di famiglia. *UTET Periodici 1999;83*
- (3) Calia V et al. Pediatria di gruppo, a che punto siamo? *Medico e Bambino 1998;7:441*
- (4) Brienza A et al. Pediatria di gruppo, accessi al Pronto Soccorso e ricoveri: l'esperienza di Cantù. *Il Medico Pediatra 1999;8:196*
- (5) Pistocchi S et al. Pediatria di gruppo e accessi al Pronto Soccorso: l'esperienza di Reggio Emilia. *Il Medico Pediatra 1999; 8:195*
- (6) Ancona M et al. Qualità percepita e Pediatria di gruppo: avvio di una ricerca. *Medico e Bambino 1999;18:427*
- (7) Causa P et al. 3° Convegno della Pediatria di gruppo. Un breve commento. *Il Medico Pediatra 2000;9:182*
- (8) Rana P. Esperienza di associazionismo con sedi multiple. *Il Medico Pediatra 2000;9:195*
- (9) Caso G. Forme associative e nuovo ACN per la Pediatria di Famiglia. *Il Medico Pediatra 2000;9:201*

Raccontare storie ai bambini o scriverle

Giancarlo Biasini

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

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 22-23

Le opinioni di Soren Kierkegaard su come raccontar storie ai bambini e quelle dell'inventrice di Pippi Calzelunghe, Astrid Lindgren, su come scriverle. Un buon materiale per "Nati per leggere".

Due scritti, entrambi comparsi sul numero 5/2000 di *Micromega*, ci consentono di tornare su *Nati Per Leggere* e su come si legge e si scrive per i bambini. Il primo scritto appartiene a Soren Kierkegaard, il filosofo danese vissuto fra il 1813 ed il 1885, disertatore dell'angoscia e della meditazione, che non ci aspettavamo avesse potuto occuparsi di: "L'arte di raccontar storie ai bambini".

Si tratta di un breve saggio scritto nel 1837. I raccontatori di storie, secondo Kierkegaard, si suddividono in due categorie. La prima è "tipo balia": la balia crede inconsciamente ed intimamente alla verità delle sue storie, per quanto siano fantasiose, e questa comune credenza con il piccolo trasmette al bambino "una quiete vantaggiosa". Il secondo modo è assai più intellettuale e pretende di sapere che cosa sia l'infanzia e che cosa i bambini si aspettano dal narratore, il quale si dispone a somministrare ai bambini più che una storia, un nutrimento intellettuale. Questo non è, secondo Kierkegaard, un metodo sbagliato, ma assai difficile, anche per la personalità del narrante che, compreso nella sua difficile opera, tronca spesso (la balia non lo fa) il naturale piacere del domandare, che è proprio del bambino, con un bel "*ma proprio non stai mai zitto quando racconto*" che rompe la magia del rapporto. In questo secondo modello i bambini, oltre che domandare, non possono saltellare perché ciò è poco consono col *dovere ascoltare*. Un altro modo di rovinare definitivamente un racconto (anche questo alla balia non capita) è quello di terminarlo tornando alla triste realtà dopo la favola, dicendo "*hai ben capito che era solo una fiaba, vero? Nulla c'era di vero*". Non è escluso che il racconto sia inframmezzato da frasi come "*Ora siete felici - anche se i bambini non lo sanno - e in futuro per voi verranno affanni*".

Dopo il triste quadretto, Kierkegaard dichiara di non essere un sostenitore del "non rac-

contare storie" in casa ai bambini, ma precisa che essi hanno bisogno di buone e fantastiche favole e se non si ha la possibilità di adeguarsi alle loro necessità, perché si manca di fantasia e di capacità, è meglio che si dia al bambino la possibilità di inventare fiabe e gli si vada dietro aiutandolo, con parole e magari con immagini o con disegni. Un altro modo di adattarsi alle loro esigenze è di prepararsi a raccontare. Ciò non è comune: è un gioco! Perché prepararsi? E si finisce per raccontare insulsaggini sul gatto con una terrificante monotonia e con la sola variazione di cambiare colore al gatto. "E non si tiene conto - dice sempre Kierkegaard - che per il bambino gioco non è, ma preparazione alla vita; che rispondere ai bambini è un *examen rigorosum*". Raccontar storie malamente non si deve fare, meglio impiegare quel tempo per il gioco o per lo scherzo. Se si sa fare!

A ben vedere le due tipologie di raccontatori, espresse da Kierkegaard, ripetono la polemica, viva in tutto l'ottocento e innescata da Diderot nel "Paradosso dell'attore", e quindi nota a chi scrive nel 1873. Per Diderot (e poi per Brecht) l'attore non deve "vivere" la sua parte, ma rappresentarla preparato intellettualmente alla finzione; esiste invece una visione dell'attore, sostenuta da Stanislaskij, in cui questi è posseduto dal sentimento e dalla passione di rivivere il personaggio. Evidentemente Kierkegaard non ritiene che il familiare che racconta storie abbia la capacità di prepararsi intellettualmente alla finzione e ciò conduce al disastro del racconto. Il secondo articolo di *Micromega* sui libri per bambini appartiene alla scrittrice Astrid Lindgren, che ha creato nel 1945 Pippi Calzelunghe, la ragazzina di nove anni che combatte contro le convenzioni e l'autorità.

La Lindgren scrive dando consigli ad uno sconosciuto che gli ha chiesto come scrivere libri per bambini. Dice la scrittrice che si

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

può mettere insieme zia Eulalia e una stufa e mandarle a fare una passeggiata. È una buon'idea. Si può prendere mezza dozzina di lazzaroni e mescolarli con mezza dozzina di furfanti, più un poliziotto stupido e una madre ossessiva e condirli con dialoghi bisbetici. Si può mettere insieme lo scoiattolo Kurre e mamma Civetta e il piccolo Ole e condirli con pazzia tritata. Tutte buone ricette. Ma - scrive la scrittrice al suo ignoto corrispondente - le ricette non ci sono, ma c'è, in verità, qualche buona regola elementare oltre alla libertà e alla fantasia. Se scrivi dello scoiattolo Kurre per un bambino di cinque anni, non puoi usare parole che capisce un bambino di dieci anni; questa è una banalità, ma accade. In una storia pensata per un'età molto piccola, diciamo cinque anni, ho letto frasi come "sanare un'ingiustizia" o "fare causa comune". Ho chiesto a un bambino di cinque anni ed egli non ne conosceva il significato. Ecco, forse, una regola: chi scrive e chi sceglie libri per bambini stia attento al linguaggio. Si può parlare con i bambini di tutte le cose, ma occorre sempre pensare a come se ne parla se si vuole che essi ci ascoltino. E quando si usa il *buonsenso*, attenzione: che non sia solo quello degli adulti. Magari convincerai il distratto recensore ma fallirai con il bambino. ■



Organizzazione sanitaria

Federalismo fiscale e livelli di assistenza

Nei prossimi 4 anni due fasi caratterizzeranno il processo di trasferimento della sanità alle regioni. Sulla base del decreto legislativo sul federalismo fiscale, le regioni a regime ordinario non riceveranno più alcuna somma dal Fondo Sanitario Nazionale per finanziare le competenze trasferite, ma trarranno i fondi da risorse proprie derivate dall'addizionale IRPEF, dalle "accise" (che parola difficile per dire "imposta") sulla benzina, dalla compartecipazione all'IVA.

In sostanza le regioni avranno tanti più fondi quanto più sono ricche e tanto più consumano i cittadini. Successivamente, dal 2004, le regioni non dovranno rispettare il vincolo di destinazione alla sanità della quota capitaria che, fino ad ora, misurava il finanziamento per cittadino del SSN, ma potranno destinare all'assistenza sanitaria tutte le risorse (proprie!) che riterranno opportune, anche prescindendo dalla stima contenuta nel PSN. In futuro sembra dunque che conteranno assai di più i Piani Sanitari Regionali (e gli obiettivi regionali) del Piano Nazionale, in quanto le Regioni avranno una totale autonomia nello spendere le loro risorse. Questo significherà anche che gli assessori alla Sanità non saranno più così "potenti" perché amministrano fondi intoccabili dello Stato, ma dovranno "conquistarsi" i fondi a livello della loro Regione. Il nocciolo del problema, in pratica del come suddividere la quota destinata alla sanità, si trasferirà dal livello nazionale (suddivisione fra regioni e strumenti di composizione della quota capitaria) a quello regionale (suddivisione fra aziende). Rimarrà il problema, quindi, di come adattare il finanziamento alle caratteristiche della domanda individuale e collettiva; chiunque si sia cimentato su questo problema non è riuscito a trovare uno strumento di risoluzione che sia indenne da difetti.

Ci sarà un unico strumento regionale? Ce ne saranno di diversi? È abbastanza chiaro che, secondo le scelte regionali si potranno avere quadri assistenziali diversi nelle varie aree della Nazione. Il solo strumento che resterà a disposizione dello Stato sarà la garanzia dei livelli minimi d'assistenza. La determinazione dei livelli da parte dello Stato avrà, dunque, una funzione meno teorica rispetto a quella attuale (in verità pressoché inesistente) in quanto dovrà intervenire se, quando e dove i diritti non sono rispettati e non sono assicurate eguali possibilità di salute alla persona-cittadino.

Sarà necessario garantire il confine fra i valori della crescita economica e dell'equità che non riguarda solo un confronto Nord-Centro-Sud,

ma anche fra singole regioni del Nord e del Sud. Il problema è come lo Stato potrà intervenire in assenza di una leva fiscale. È infatti da dimostrare che il tema della solidarietà fra le regioni abbia l'importanza che deve effettivamente avere, sia per dovere delle regioni ricche che per diritto di quelle povere, nelle quali la povertà non è certo "colpa" dei cittadini-assistiti.

Se così non fosse, la carica riequilibratrice, che sta nel riconoscimento delle diversità e nella necessità di colmare i divari esistenti, si trasformerebbe in uno strumento distruttivo a favore delle regioni ricche; l'avvicinamento del potere decisionale alla sede dove i cittadini ricevono l'assistenza sarebbe in tal caso soltanto una vacua esercitazione da *politique politicienne*. Altra osservazione che deve essere fatta è che l'autonomia della spesa lasciata alle regioni dovrebbe consolidare il tentativo di passare dall'attuale monitoraggio contabile della spesa sanitaria alla valutazione dell'assistenza effettivamente elargita agli italiani residenti nelle varie regioni. Questo obiettivo sembra avere tre tappe: l'esatta valutazione di quel che si fa, la valutazione di quel che si produce e, infine, la valutazione delle migliori scelte sulla base dei risultati ottenuti. Certamente tutto questo dovrebbe essere fatto già da ora, ma quando ogni regione spenderà del suo e la sanità entrerà in competizione con l'agricoltura, l'ambiente, il turismo queste valutazioni saranno fatte con maggiore "crudeltà", come ha detto di recente, sia pure con ironia, un presidente di regione. Non bisogna, infatti, dimenticare che gli economisti sanitari per parecchi anni si sono visti rifiutare con sufficienza, in ragione di una dichiarata superiorità degli obiettivi sanitari rispetto ad altri, il concetto che le risorse sono scarse e vanno allocate in modo produttivo.

Fino ad ora si è insistito, e non poteva che essere così perché questo è stato considerato l'obiettivo da raggiungere (ancora *politique politicienne?*), sull'importanza del federalismo fiscale e sulla necessità di portare vicino ai cittadini il controllo del potere decisionale.

Poco si è discusso sui problemi, anche etici, connessi all'attuazione del nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria e sulla reale attuazione dei criteri solidaristici fra le regioni in modo che l'assistenza funzioni mediamente bene su tutto il territorio nazionale. Forse occorre cominciare a discutere il resto del problema.

I medici hanno qualcosa da dire?

g.c. b.

Billy Elliot: la danza come metafora di vita

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Può un bambino nato in un paese di minatori nell'Inghilterra della signora Thatcher, sviluppare la passione per la danza, a dispetto del padre e del fratello che desiderano avviarlo alla boxe? Può un mondo che lotta quotidianamente con emarginazione e povertà ammettere una simile passione?

Ancora una volta un bambino al centro di vicende sociali e familiari più grandi di lui che fa della danza una metafora di vita. Un film sulle vicende di un bambino candidato all'Oscar che appassionerà una platea giovane e non.

“Danzare è come non esistere, come volare, come sentirsi pervasi da elettricità”. La definizione è di Billy Elliot, un ragazzino di 11 anni che scopre improvvisamente la passione per la danza, a dispetto del padre e del fratello maggiore che sognano per lui un futuro da duro nell'Inghilterra di Margaret Thatcher. Boxe e danza, dunque, a confronto: scaricare la propria rabbia su un avversario, oppure volteggiare, farsi farfalla. Sulla scia di altri film gradevoli e a basso costo (valga per tutti il noto *Full Monty* di Peter Cattaneo), anche questo *Billy Elliot* del debuttante regista inglese Stephen Daldry si fa largo nel panorama del cinema europeo che tenta di ostacolare il passo all'invasione della cinematografia statunitense. La storia è di quelle che affasciano gli eredi del *free cinema*. Siamo nel 1984, in un paese dell'Inghilterra a nord di Newcastle. I minatori sono in sciopero e il governo inglese reagisce a colpi di manganello. Mentre il padre e il fratello maggiore di Billy partecipano attivamente alla lotta operaia, Billy va a scuola, prende pugni in faccia nella palestra del paese e segue la nonna che ogni tanto dà i numeri. La madre è morta e prima di morire ha lasciato al ragazzino una lettera da aprire quando avrà raggiunto la maggiore età. Billy, però, non resistendo alla curiosità, l'ha già letta e imparata a memoria. Contiene un prezioso consiglio e una dolce dichiarazione di affetto: segui la tua strada e sappi che io ti sono sempre accanto. Il fatto è che la strada che Billy vuole seguire è quella indicatagli dalla signora Wilkinson, la maestra di danza di un gruppo composto di sole ragazzine, che contrasta completamente con le ambizioni di suo padre e del fratello maggiore. L'ingenuo tentativo di nascondere con pietose bugie i suoi primi approcci con l'improvvisa passione fallisce e Billy diventa lo scandalo degli Elliot, prende un sacco di botte, è costretto a rinunciare all'audizione che potrebbe offrirgli la possibilità di essere ammesso alla pre-

stigiosa scuola di danza di Londra. Poi la svolta: il padre lo vede all'opera, capisce che il figlio ha talento, racimola i soldi necessari per il viaggio nella capitale inglese, partecipa commosso al suo successo.

In lizza per tre Oscar, la storia di Billy si presta a numerose riflessioni. Le varie letture personali non possono prescindere, tuttavia, da quella che pone un bambino al centro di vicende sociali e familiari più grandi di lui e fa della danza una metafora esistenziale. La lotta dei minatori inglesi e i problemi di una famiglia proletaria rischiano di fare naufragare i sogni di Billy. Sogni “proibiti” in un mondo che vive di lotta e che non ammette l'estraneità dal contesto sociale. Più volte, considerati gli ostacoli che si frappongono, egli sta per cedere alla tentazione di abbandonare tutto; tentazione che si abbatte anche su suo padre quando, disperato per la mancanza di soldi, è sul punto di unirsi ai crumiri. L'uno e l'altro riusciranno ad andare avanti solo quando, dalla reciproca opposizione, passeranno alla comprensione e alla collaborazione. Come dire che nel balletto della vita padri e figli, adulti e ragazzi non possono non darsi la mano. Per sentirsi pervasi di elettricità, non esistere (o esistere in altro senso) e volare. ■



Per corrispondenza:

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

Associazione Culturale Pediatri



*ricerca
attività editoriale
formazione
politica sanitaria
aggiornamento*

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

Cos'è l'ACP

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

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

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

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

Attività editoriale

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

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

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

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

Formazione ed aggiornamento

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

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

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

Ricerca

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

L'ACP sostiene la Società Europea di Ricerca Ambulatoriale.

La pagina Web dell'ACP

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

I bisogni di salute secondo l'ISTAT Mah!

Che sia necessario stabilire criteri per l'individuazione dei bisogni di salute è fuori di dubbio. L'ISTAT (Rapporto annuale 1999) cerca di esaminare la corrispondenza fra spesa e livelli di bisogno dei cittadini classificati su scala regionale. Purtroppo, i dati a disposizione, riferiti agli anni 1994-1998, e la loro utilizzazione permettono di ottenere risultati discutibili. Ad esempio, è altamente discutibile che la qualità dei sistemi organizzativi delle AUSL possa essere valutata burocraticamente sulla base della quantità di norme attuate della legge 502 del 1992 (nella classifica l'Abruzzo viene prima della Lombardia e la Valle d'Aosta dopo la Puglia). Possiamo essere accusati di formulare valutazioni *nasometriche* se giudichiamo difficilmente comprensibili i criteri utilizzati? Se si prendono in esame le risorse per i servizi territoriali, il personale sanitario e i medici di base, si scopre che la Lombardia è in penultima posizione e la provincia di Bolzano in ultima, mentre seconda è la Sardegna. Per i servizi territoriali, il Molise e la Sardegna precedono di molto in classifica la Lombardia e l'Emilia Romagna. Per quanto riguarda i secondi livelli specialistici ospedalieri la prima classificata è la provincia di Trento e l'ultima quella di Bolzano; la Calabria, la Campania e la Sardegna precedono la Lombardia. Per la valutazione dei bisogni di salute sono stati utilizzati alcuni criteri condivisibili come la struttura per età (in sostanza la popolazione anziana), la presenza di disabilità e malattie croniche, i tassi di mortalità secondo le varie cause. Ma cosa ne esce? La regione con i minori bisogni è la Puglia seguita dalla Sardegna. Quelle con i maggiori bisogni sono la Liguria, l'Umbria, la Toscana, l'Emilia Romagna e la Lombardia. Viene qualche dubbio che il modello non individui i bisogni di salute, ma le domande soddisfatte semplicemente per una sopravvalutazione dei valori di attività e di afflusso.

g.c. b.

Come calcolare i costi di malattia

Su *I Care (2000;2:18)* viene fatto un riassunto delle modalità per il calcolo dei costi sociali delle malattie. I costi si compongono di vari elementi:

1. costi dei servizi sanitari, cioè i fondi spesi dallo Stato o dalle famiglie per erogare servizi destinati a tutelare la salute (servizi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, territoriali, ospedalieri, ecc.);
2. costi assistenziali dei servizi non sanitari (assistenza alle persone con disabilità o comunque non autosufficienti, sussidi, alimenti, servizi scolastici o di trasporto dedicati ai disabili);
3. costi dei tempi impiegati dalla famiglia per l'assistenza e sottratti al lavoro o al tempo libero, cioè il valore di quanto sarebbe costato il non "fare le cose in famiglia" per il malato, ma acquistarle, a ore sul mercato;
4. costi del danno alla collettività procurato dall'assenza dal lavoro del malato, cioè la perdita del contributo che la persona avrebbe dato al reddito nazionale se non si fosse ammalata.

g.c. b.

Andamento della spesa in Italia e OCSE

Tutti i paesi industrializzati (OCSE) stanno seguendo lo stesso trend nella spesa sanitaria. Gli allarmi che vengono periodicamente lanciati sul "fuori controllo" della spesa sanitaria italiana sembrano perciò infondati. Partendo dal 1960 la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) dei paesi OCSE era del 4,3/1000 sul PIL, del 3,9 quella italiana, nel 1970 i valori erano rispettivamente del 5 e del 6/1000, nel 1980 del 7 e del 6,5/1000, nel 1990 del 7 e del 7,1/1000, nel 1996 del 9 e dell'8/1000. In Italia, fra spesa pubblica e totale c'è, dal 1980 al 1996, una differenza fissa di 1,5-2 punti. In quella dell'OCSE la differenza è di circa due punti. Dal 1996 al 1999 la spesa pubblica italiana è salita del 5%; non vi sono dati ufficiali

per i paesi dell'OCSE. Fra i paesi dell'OCSE spendono meno di noi solo Irlanda, Regno Unito, Giappone e Spagna (*Fonte Oecd 1996-97*).

g.c. b.

Progetto del MURST per il terzo mondo

"Ospedale virtuale della solidarietà" è un progetto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica (MURST) nasce dalla sempre maggiore richiesta di aiuto proveniente dai Paesi del terzo e quarto mondo e dal fatto che le nuove tecnologie "impongono un nuovo modo di essere medici, volontari, operatori di solidarietà". L'impiego di strumentazioni elettromedicali, la possibilità di trasmettere immagini radiografiche ad alta definizione, lo sviluppo di sistemi trasmissivi sempre più evoluti e "globali" - in particolare il satellitare e l'Umts (il cellulare di ultima generazione) - aprono scenari comunicazionali straordinari, "modelli di utilizzo" nell'ambito sanitario applicabili su scala planetaria e una migliore organizzazione e gestione della solidarietà internazionale. Il progetto prevede di realizzare in Italia una "reception telematica" presidiata ventiquattro ore al giorno e costantemente in contatto - grazie alle nuove tecnologie (Internet e cellulari satellitari) - con le missioni e gli "ospedali in trincea" presenti nelle aree depresse. Questa "reception telematica" si dovrà occupare di smistare le richieste agli ospedali e ai centri specialistici italiani disposti a fornire adeguata consulenza a distanza. Il progetto è attualmente all'esame del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica - che sta collaborando anche col ministero degli Esteri per individuare i Paesi destinatari - e dovrebbe diventare operativo in un paio di mesi. L'idea è quella di coinvolgere strutture sanitarie pubbliche e private e associazioni di solidarietà e volontariato. Fino ad ora, hanno già manifestato il loro interesse a partecipare all'iniziativa due importanti centri di eccellenza medica: il San Camillo di Roma e il San Raffaele di Milano (*Il Sole 24 Ore Sanità, 6/02/2000*).

s. c. n.



Aumentano le ospedalizzazioni

I tassi di ospedalizzazione per mille abitanti e per età continuano ad aumentare; gli ultimi valori resi noti dal servizio informativo del Ministero sono riportati nella **tabella 1**.

Tabella 1.

età	1997	1998
0-14 anni	113,7/1000	124/1000
0-17 anni	116,1/1000	116/1000

Essi sono estremamente variabili pur in presenza di condizioni di salute e di offerta simili. Nord: Lombardia 151,6/1000 per l'età 0-14 anni; Friuli Venezia Giulia 74/1000; Sud-Isole: Puglia 161,6/1000, Sardegna 113,3/1000. La Puglia è, per il 1999, anche la regione che ha la percentuale di utilizzo della spesa ospedaliera maggiore d'Italia (63,83% contro una media nazionale del 56,22%). Per il 1998 i tassi dettagliati per fasce di età sono riportati nella **tabella 2** (*Il Sole 24 Ore*

Tabella 2.

<1 anno (esclusi neonati sani)	564,35/1000
1-4 anni	115,74/1000
5-14 anni	77,25/1000

Sanità 12-18/09/2000).

Il tasso medio di cesarei in Italia è del 31,38%, con oscillazioni dal 17,20% di Bolzano al 19,04% del Friuli Venezia Giulia al 48% della Campania.

g.c. b.

ECM: attenzione allo sponsor

Le preoccupazioni che serpeggiano in Italia sui possibili sviluppi negativi che può avere il programma di Educazione Medica Continua, le possiamo ritrovare in una nota di *The Lancet* (2001;357:452) nella

quale si fa riferimento a quanto sta accadendo in Germania e Olanda. In quest'ultimo paese 15 dei 22 corsi visionati dalla Dutch Association of General Practitioners erano in contrasto con le leggi vigenti sul marketing dei farmaci. In Germania il 90% dei corsi ECM sono attualmente organizzati dalle industrie farmaceutiche.

s. c.n.

Workshop SPES

Si è tenuto a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il primo *workshop* della rete SPES; erano presenti per l'ACP Gangemi e Calia. I risultati presentati riguardano i primi 10 mesi del 2000 e l'ISS ha chiesto di non diffonderli fino a quando non saranno pronti i dati dell'anno. Sono stati discussi i principali problemi organizzativi e in particolare come tenere desta l'attenzione (problema dei *drop out*) e come utilizzare la rete per altre proposte di ricerca. La risposta dell'ISS è stata di grande interesse per l'iniziativa e per il proseguimento vi sono proposte di formazione a distanza per i partecipanti e possibile inserimento nel sistema dei crediti, anche se, al momento, per la ricerca non sembra chiaro che spazio ci sia. È stato inoltre deciso di non cedere i dati ai privati, nonostante il serrato interesse delle case farmaceutiche.

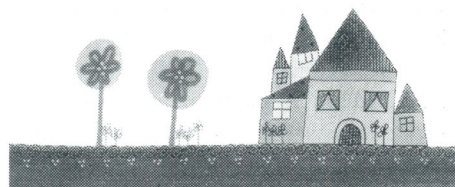
m. g.

Abbiamo clienti o pazienti?

L'editoriale di *The Lancet* del 23 dicembre riporta i dati di un'indagine pubblicata su *Psychiatric Bulletin* su come gli inglesi desiderano essere chiamati: clienti o pazienti? Qualche tempo fa avevamo inaugurato una rubricetta dal titolo *Lessico poco familiare*; poi c'è stato un "*falling in love*", come dice *The Lancet*, di termini stranieri dai quali siamo stati sopraffatti fino a giacere inerti di fronte a *committance*, *clinical governance*, *hub & spoke*. Comunque, questo è il risultato della ricerca su *Psychiatric Bulletin*: il 77% della gente preferisce essere chiamata paziente, il 23% preferisce il termine cliente. Ancora: il termine cliente fa proprio schifo (*strongly dislike*) al 47%, quello di paziente al 14%, solo l'1% amerebbe molto (*strongly prefer*) essere chiamato cliente.

The Lancet si chiede: anche i medici sono dottori o (oddio!) dispensatori di salute (*health provider*)? Aspettiamo un'altra indagine.

g.c. b.



Arrivano i RUG

RUG sta per Resource Utilization Group, è un algoritmo di definizione assistenziale ed è l'equivalente del DRG da utilizzare presso le strutture di assistenza post acuta e residenziale. Viene attualmente sperimentato in Italia (*Ricerche 2000*;2:59). È stato elaborato da ricercatori americani su mandato della Health Care Financing Administration (HCFA) vista l'inapplicabilità dei criteri dei DRG in quelle sedi di ricovero.

g.c. b.



UK

Mass media e scienza: rapporti difficili 1

La stampa italiana ha riferito dell'inchiesta del Servizio Sanitario Inglese sull'ospedale del North Staffordshire che negli anni '80 iniziò una sperimentazione sull'uso della pressione negativa extratoracica (PNE) nel trattamento del *respiratory distress* dei prematuri. Un certo numero di neonati di basso peso pare abbia avuto dei danni neurologici; ne avrebbe avuto anche con l'intubazione tracheale, ma questo pare non conti. La PNE è stata anche utilizzata nel trattamento della bronchiolite per lo stesso principio.

La ricerca (un trial clinico randomizzato) è stata pubblicata dal *British Medical Journal* nel 1989 e su *Pediatrics* nel 1996. Nel rapporto è detto che il consenso non era stato ottenuto con chiarezza e trasparenza. In realtà si dice che non si può essere certi che il consenso sia stato chiesto con la chiarezza necessaria e che nel caso della bronchiolite (questo sembra eccessivo) non vi erano a quel momento (e ora?) sufficienti prove che la PNE potesse essere utile nel trattamento dell'affezione.

Il *BMJ* (2000;1285) commenta che con gli occhi del 2000 è assai facile definire ciò che si doveva o non si doveva fare negli anni '80. È facile nel 2000 definire non soddisfacente il modo in cui allora era chiesto il consenso e definire inaccettabile il panorama di vent'anni fa, è facile affermare che la PNE non si è dimostrata un "validated instrument". La facile conseguenza sarà l'impossibilità a fare ricerca nei Servizi Sanitari Nazionali, cioè a fare quello che è più urgente per fare uscire la ricerca dall'accademia.

g.c. b.

UK

Mass media e scienza: rapporti difficili 2

Wakefield (*Adverse Drug React Toxicol Rev* 2000;19:265) di recente ha pubblicato un articolo che solleva parecchi dubbi sulle evidenze che hanno portato all'approvazione dei vaccini MMR. In seguito a questo lavoro, riportato con risalto dalla stampa inglese, si è creato un certo panico in Inghilterra nei confronti della vaccinazione MMR. Un editoriale del *British Medical Journal* (2001;322:183) si chiede se la responsabilità di tanto clamore deve essere attribuita ai giornali che hanno divulgato i risultati dello studio prima della sua pubblicazione sulla rivista, non offrendo ai medici l'opportunità di rispondere con cognizione ai problemi sollevati dagli utenti, o allo stesso autore che sembra non essere nuovo a questa "tattica" di offrire alla stampa i suoi lavori prima della pubblicazione sulle riviste scientifiche. L'editoriale del *BMJ*, non lesinando feroci critiche metodologiche allo studio di Wakefield, non lascia dubbi al lettore riguardo alla posizione della rivista.

s. c. n.

USA

Virus contro virus

I ricercatori del National Institutes of Health (NIH) hanno messo a punto un vaccino contro il virus Ebola che, testato su scimmie, ha mostrato un'ottima efficacia protettiva. Gary Nabel, direttore del centro, e alcuni collaboratori hanno pubblicato su *Nature* del 30/11/2000 una ricerca che ha dimostrato come spezzoni di DNA di tre ceppi di virus Ebola pericolosi per l'uomo, iniettati nei ratti, fossero capaci di far produrre alle cellule infettate proteine virali e, in conseguenza, di indurre una reazione immunitaria protettiva contro virus Ebola modificati per attaccare i roditori.

Contro l'Ebola Zaire, il virus più pericoloso per l'uomo, si sono ottenuti gli stessi risultati nei ratti con un'altra tecnica: sono

stati utilizzati spezzoni di DNA del virus inseriti nel genoma di adenovirus non patogeni per i roditori.

La successiva fase sperimentale sulle scimmie, animali che possono essere contagiati dagli stessi virus Ebola che attaccano l'uomo, ha dimostrato l'efficacia protettiva sia di un vaccino preparato con spezzoni di DNA codificanti per le proteine di tutti i ceppi di Ebola sia dell'adenovirus contenente DNA dell'Ebola-Zaire.

Tali risultati fanno sperare di poter produrre al più presto un vaccino adatto anche per l'uomo (*Le Scienze* 2001;389:22).

e. c.

SCOZIA

Si torna indietro sulla separazione ospedali/unità locali

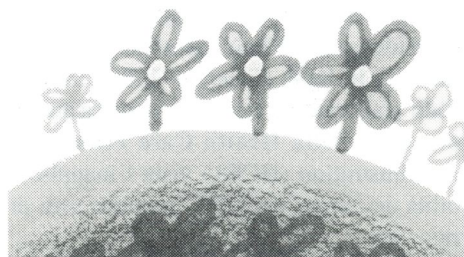
La "devolution" federalista ha consentito alla Scozia-Galles di tornare indietro rispetto alla riforma Thatcher del 1991 sulla separazione fra Strutture Ospedaliere ed Unità Locali (Health Authority) che ha portato, da noi, alla istituzione delle Aziende Ospedaliere separate dalle Aziende USL. In Scozia i laburisti sono certi di vincere le prossime elezioni e stanno, forse, cercando "caute sperimentazioni" in tema di sanità (*Lancet* 2000;356:2165).

g.c. b.

GLOBO

Abuso e infanticidio

Negli USA, secondo, il National child and abuse neglect Data System (del Department of Health and Human Services), ci sono 0,28 casi di infanticidio per 1.000 nati vivi per anno (1990-1995). In Svezia,





nello stesso periodo, il tasso è stato di 0,1/1.000. In Australia il 2,9% delle morti fra 1 e 17 anni è dovuto a omicidio. In Francia (Parigi) sono stati riferiti, fra il 1990 ed il 1993, 81 casi di omicidio di bambini fra 0 e 14 anni, l'82% era stato vittima di abuso. In Messico, negli ultimi 20 anni, ci sono stati 2.939 casi noti di omicidi di bambini. Negli USA su ogni 1.000 vittime di abuso 1,23 muoiono; i tre quarti di tali bambini hanno meno di 4 anni. In Giappone muore il 5% dei bambini abusati (*Lancet Perspectives 2000*; 356:s14).

g.c. b.

UK

Bambini sempre più obesi, un'altra conferma

Ricercatori inglesi hanno studiato la prevalenza di sovrappeso e obesità in bambini di età compresa tra 4 e 11 anni nel 1974, 1984 e 1994. I cambiamenti dal 1974 al 1984 sono stati modesti; dal 1984 al 1994, invece, il sovrappeso è passato, in Inghilterra, dal 5,4% al 9% nei maschi e dal 9,3% al 13,5% nelle femmine, in Scozia dal 6,4% al 10% nei maschi e dal 10,4% al 15,8% nelle femmine. La prevalenza dell'obesità è aumentata proporzionalmente, colpendo l'1,7% dei maschi inglesi, il 2,6% delle femmine inglesi, il 2,1% dei maschi scozzesi e il 3,2% delle femmine scozzesi (*BMJ 2001*;322:24).

s. c.n.



UK

Nestlè a buca anche con la pop music!

Tre dei maggiori interpreti della musica pop inglese (Pulp, Dodgy e Ian Brown) hanno rifiutato l'invito di partecipare a una campagna promozionale per il "V 2001 music festival" perché l'iniziativa era sponsorizzata dalla Nestlè. Gli artisti hanno giustificato la loro decisione per protestare contro le attività di marketing aggressive della compagnia (*BMJ 2001*; 322:191).

s. c.n.

UK

Il terzo mondo di casa nostra

The Lancet (356:s36) scrive che la globalizzazione erode le frontiere del mondo della salute.

Così i medici dovrebbero ricordare, quando parlano di "terzo mondo" come di un'ipotesi lontana, che condizioni sanitarie che sembrano esclusive di Rio De Janeiro si trovano anche nelle periferie di Londra; non c'è gran differenza fra *homeless* europei e *meninhos in rua* di Rio. E in Italia? Passiamo la riflessione a chi è convinto che in Italia esistano solo madri noiose, figli unici, ricoveri inutili, patologia del benessere e medicina da boutique.

g.c. b.

GERMANIA

Il regalo di Hitler

J. Medewar & D. Pyke sostengono, in un libro pubblicato da Metro-Publishing qualche mese fa (*Hitler Gift: Scientist Who Fled Nazy-Germany*), che la Germania ha perduto la guerra per l'abbandono degli scienziati, ebrei o politicamente sgraditi, che hanno lasciato la loro patria e sono andati a fare ricerca all'estero. I direttori dei laboratori che hanno accolto i tedeschi avevano come motto "Hitler is

my best friend". Fra questi scienziati ricordiamo Einstein, ma essi sono, secondo stime attendibili della Max Planck Society, ben 85. Solo 3 hanno accettato di tornare in Germania a fine guerra e uno di questi, il genetista Max Ufer, abbandonò la ricerca e impazzì; si dice perché si trovò ad operare con ricercatori che gli rimproveravano il passato antinazista (*Nature 2001*;409:443).

g.c. b.

UK

Gorgogli o parole?

Due ricercatori inglesi hanno studiato le prime parole di bambini di varie lingue e sostengono che vi sono quattro forme di combinazione consonante vocale nei primi gorgogli di bambini di più lingue. Sembra che la forma della bocca abbia influito più di quanto si pensi nella successiva evoluzione dei linguaggi (*Science 2000*;288:527).

g.c. b.

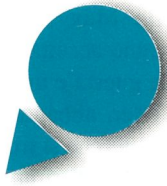
GRECIA

Non era Re Filippo

Filippo II di Macedonia, il padre di Alessandro Magno, cadde vittima di una congiura mentre preparava una grande spedizione contro l'Impero Persiano, condotta e vinta dopo la sua morte da Alessandro. Tre anni fa una grande scoperta: il ritrovamento dello scheletro a Vergina in Grecia; nel cranio una ferita che attraversava l'occhio destro, proprio come era successo a Filippo II. Si è poi appurato che la ferita era una variante anatomica del cranio (*Science 2000*;288:511).

g.c. b.





Salute
pubblica

Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute mentale in età evolutiva

Giorgio Tamburlini

Pediatra, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Consulente dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS per la Salute del Bambino

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 30-32

Questo intervento è stato presentato da Giorgio Tamburlini alla "Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale" a Roma il 10 gennaio 2001 nella sessione sulla promozione della salute mentale in età evolutiva.

Ho scelto di focalizzare il mio contributo sulle parole chiave della sessione, *promozione e salute mentale*, e di sostenere la tesi che le conoscenze disponibili su determinanti, fattori di rischio e fattori protettivi relativi ad esiti psicopatologici nel bambino, consentono oggi di identificare strategie protettive efficaci secondo un approccio non puramente sperimentale, ma di popolazione. Tale approccio, banale sul piano del principio, è certamente meno immediato, e tuttavia realistico, sul piano dell'applicazione.

Il razionale

Il punto di partenza è costituito dalla nozione che i determinanti di molte situazioni di sofferenza psichica e disagio psicosociale nel bambino risiedono sostanzialmente nelle relazioni con le figure adulte di riferimento, e nel contesto sociale che influenza queste relazioni. Lo dimostrano le conoscenze ormai classiche sugli esiti psicopatologici in bambini esposti a conflitti e disfunzioni familiari precoci, violenza e trascuratezza intrafamiliare, grave depressione materna, dipendenza parentale da alcol e droghe, forte marginalità ed esclusione sociale; queste situazioni sono complessivamente valutabili nel 5-10% della popolazione dei nuovi genitori. Più recentemente l'attenzione si è concentrata su quei soggetti che, pure sottoposti a stress e insulti severi e ripetuti (le situazioni già elencate, più l'istituzionalizzazione prolungata o le situazioni di conflitto armato), sono in qualche modo "sopravvissuti" senza problemi particolari. Perché? Si è cercato di individuare i fattori protettivi entrati in gioco ricostruendo le storie in modo retrospettivo o seguendo in modo prospettico

gruppi di bambini che a partire da situazioni di rischio simili hanno poi presentato esiti diversi. Comprendere l'origine di quella che è stata chiamata *resilienza* o *resistenza* può aiutare a definire strategie di intervento aventi lo scopo di prevenire o minimizzare gli effetti negativi in bambini sottoposti a situazioni difficili, e più in generale offrire le migliori opportunità di salute mentale alla popolazione generale, attraverso un rinforzo dei fattori di protezione. Alcuni dei fattori di protezione individuati sono *interni* (ad esempio tratti protettivi a forte impronta genetica quali il carattere estroverso), ai quali è attribuito peraltro meno del 50% della varianza, in alcuni studi non più del 20%, rispetto agli esiti. Altri sono *esterni*, o prevalentemente tali, così la qualità delle relazioni di attaccamento presenti, gli stili genitoriali; la presenza di altre figure adulte di riferimento; il ruolo in generale di elementi di *connessione sociale* quali le forme associative, l'identità comunitaria, la religione, le relazioni in ambiente scolastico. In sostanza la parola chiave della resistenza allo stress psicosociale è l'esistenza di *relazioni primarie valide* (nei primi anni) a cui si aggiunge nell'età adolescenziale l'esistenza di un *progetto* di vita. Agendo su questi fattori in età precoce e all'atto della costituzione delle relazioni stesse (periodo perinatale) è possibile rafforzare i fattori di resistenza o, più tardi, interrompere carriere di disagio. Va detto che anche per la patologia psichiatrica e neuropsicologica più severa, per la quale si riconoscono in modo crescente fattori di suscettibilità genetica, e per le quali le relazioni primarie - come nel caso dell'autismo - sono state ingiustamente individuate come patoge-

Per corrispondenza:
Giorgio Tamburlini
E-mail: gta@who.it

ne, l'esito finale in termini di qualità di vita del bambino è fortemente influenzato dall'ambiente psicosociale, a partire dalle relazioni familiari.

Lo stato dell'arte dei servizi

Per quanto tutto questo sia sufficientemente evidente e abbastanza noto e condiviso, poco viene fatto per metter in atto conseguenti strategie preventive e protettive. Sono stati compiuti recentemente dei passi avanti, ancora insufficienti.

Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile ad esempio sottolinea che "va promossa la prevenzione attraverso l'individuazione dei fattori di rischio prevalenti a livello distrettuale e sovradistrettuale e la valorizzazione dei fattori di protezione per la salute mentale dei soggetti in età evolutiva". Tuttavia lo stesso POMI dedica molto più spazio e maggiore precisione nel trattare di diagnosi e cura di problemi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 richiama l'attenzione sui determinanti della salute e di conseguenza sulla prevenzione e promozione della salute. La legge 229/2000 accenna a progetti di prevenzione speciali e il PSN stesso stabilisce che risorse vincolate debbano essere dedicate a piani regionali socio-sanitari. Di fatto, le risorse della sanità vanno ai servizi diagnostici e di cura e il meccanismo di finanziamento favorisce questa tendenza. Non c'è paragone tra i mezzi le risorse e le competenze spese nella cura rispetto a quanto viene speso per la prevenzione in età infantile; ciò è tanto più vero per quanto riguarda la salute mentale. In realtà quello che è stato fatto nel

concreto è stato fatto quasi esclusivamente sotto l'ombrello della legge 285/1997:

1. Sono state attivate competenze e reti tra operatori e servizi in rete in supporto alle famiglie.

2. Sono state sperimentate modalità di intervento diverse nella direzione della promozione della salute e del sostegno psicosociale alle famiglie.

3. Il tema della genitorialità ha avuto rilievo centrale e crescente.

Tuttavia molto è rimasto, con l'eccezione di alcune realtà locali, a livello di "progetto" dalle caratteristiche territorialmente o temporalmente limitate, piuttosto che di programma sistematico. Mancano, oltre ad una precisa committenza, culture specifiche e modelli operativi validati.

Cosa occorre fare

Se restano centrali le macropolitiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale (alcuni passi in questa direzione sono stati fatti in questi anni), a livello di supporto psicosociale alla comunità delle giovani famiglie siamo agli inizi.

La politica da attuare a mio avviso è quella, auspicata anche nel recente Piano d'Azione del Governo per l'Infanzia e l'Adolescenza (2000), di avviare una strategia generale di interventi di supporto psicosociale e culturale alla genitorialità non solo in situazioni difficili ma come *elemento di cultura generale*, fin dalla nascita e prima ancora, puntando in particolare al rinforzo della relazione di attaccamento, nella direzione del rinforzo delle competenze genitoriali (genitore "normalmente devoto" postulato già da Winnicott). Tale strategia dovrebbe comprendere, a titolo di promozione e prevenzione primaria, la familizzazione e umanizzazione della nascita, e il supporto a pratiche relazionalmente significative quali il contatto fisico precoce con entrambi i genitori, l'allattamento al seno, il massaggio infantile, la lettura precoce, da attuarsi tramite l'offerta di occasioni di incontro per neogenitori anche nella direzione nella reciproca conoscenza e confronto, di per sé elementi di rinforzo e potenzialmente di rete di sostegno. In presenza di elementi di disagio e difficoltà già manifesti, occorre estendere la possibilità di un rapporto precoce e competente con le giovani famiglie tale da offrire occasioni di

mediazione dei conflitti, di supporto al puerperio (ad esempio il problema della depressione materna è sottovalutato) e di mobilitare processi protettivi facilitando le relazioni, quando necessario, con figure adulte di supporto anche esterne al nucleo familiare e con la rete comunitaria. Con questi contenuti va attuata la politica del supporto domiciliare (home visiting) ormai entrata nei programmi di salute pubblica in molti paesi (Gran Bretagna, Australia).

Gli attori

Tutto questo deve sostanzarsi in operatori e culture specifiche, sia pure nel quadro di un approccio multisettoriale di rete (servi-



zi per la nascita e i primi anni). Certo, alcuni singoli operatori, tra i quali i pediatri di famiglia, hanno un ruolo importante e crescente e si stanno attrezzando nell'abbicci della diagnosi precoce, della psicopatologia e delle disfunzioni familiari, nelle tecniche di counselling, nell'abitudine al confronto e gestione dei casi con i servizi sociali e di NPI. Tuttavia occorre riconoscere che, in quanto categoria e fatte salve numerose eccezioni, i pediatri e medici di famiglia hanno dei limiti di formazione, attitudine e ruolo istituzionale. Altre funzioni, e altre professionalità occorrono quale perno di una politica di supporto alla genitorialità. Penso in particolare a "health visitors" con una robusta cultura sociale e psicologica più che igienistica-sanitaria. Si può ad esempio pensare ad una versione specifica per il lavoro con le famiglie, delle "nuove" assisten-



ti sociali o rivedere drasticamente e potenziare la figura dell'assistente sanitaria visitatrice. La prospettiva da sostenere è quella di due, tre operatori per distretto con la funzioni di operatori sociosanitari per la famiglia, collegati funzionalmente al consultorio e al distretto sanitario, con relazioni privilegiate sia con i medici di famiglia che con i servizi sociali, e profondi conoscitori di tutta la rete territoriale, in grado di osservare, ascoltare, e attivare risorse dentro e fuori il nucleo familiare quando necessario con l'ausilio di altri servizi e risorse, pubbliche e di comunità. Nella attesa di disporre di operatori dotati di una formazione ad hoc (ma occorre muoversi in questa direzione), è possibile utilizzare gli operatori esistenti (assistenti sanitarie visitatrici; assistenti sociali, ostetriche) individuando le attitudini al lavoro con le famiglie e la comunità e provvedendo alla loro formazione in servizio. Quanto alla questione spesso discussa se tali programmi debbano essere selettivi, sulla base del rischio, o di popolazione, sono fortemente del parere che quest'ultima sia la via da seguire, per diversi motivi: perché non è possibile prevedere le situazioni di rischio e bisogno se non in modo dinamico e attraverso la stessa opera di promozione; perché la storia recente della salute pubblica ci insegna che per affermare una pratica occorre affermarla culturalmente in tutte le classi e non solo nei gruppi a rischio; perché se deve essere promozione della salute deve essere per tutti: la genitorialità è una funzione sociale comune. Ciò non significa che dopo il primo o il secondo contatto



con le famiglie non ci debbano essere percorsi successivi anche molto differenziati, a seconda del bisogno.

Per percorrere questa strada, è necessario attrezzarsi culturalmente, investire in *ricerca* e in *formazione*, molto più di quanto si è fatto finora, per far fronte a compiti obiettivamente nuovi.

Ad esempio, non c'è proporzione alcuna tra quanto sappiamo del peso relativo dei determinanti di salute e la quantità di risorse investite nella ricerca per ciascuno di questi: il biologico domina il campo. La formazione professionale ancora presta poca attenzione alla formazione di figure quali psicologi di comunità, educatori e nuove figure con compiti di lavoro di comunità.



Conclusioni

Un investimento sull'infanzia e le nuove generazioni attraverso un forte investimento sui nuovi genitori costituisce una grande sfida politica da tenere bene in alto nella scala di priorità di qualsiasi amministrazione, nazionale o locale. L'ufficio Europeo dello OMS sta ponendo in primo piano la salute mentale e in questo ambito un approccio di promozione della salute sin dalle età più giovani, partendo ad esempio da una visione olistica della nascita. In Italia abbiamo strumenti culturali, risorse, ed alcune esperienze pilota che consentono di affrontare questa sfida in modo efficace. Dobbiamo solo essere capaci di cogliere l'importanza dei problemi in gioco e guarire dall'ossessione per il biologico che pervade ancora la cultura di molti operatori e, di conseguenza, del largo pubblico. ■

Bibliografia

- (1) Hoghugh M, Speight ANP. Good enough parenting for all: a strategy for a healthier society. *Arch Dis Child* 1998;78:293
- (2) Rutter M, Smith D. (editors) Psychological disorders in young people - time trends and their causes. Chichester Wiley 1995
- (3) Schaffer P. Lo sviluppo sociale. Raffaello Cortina ed., Milano 1998
- (4) Pivetta S, Macaluso A, Materassi P, Cuoghi C, Tamburlini G. È possibile prevenire l'abuso? Una revisione della letteratura. *Medico e Bambino* 1998;2:114
- (5) Tentoni P, Guerrini B, Invernizzi R, De Vito E, Rossoni E, Pellai A. Early deterioration of the mother-child relationship: time with families as a model for prevention and therapy. *Minerva Pediatrica* 1998;50:375
- (6) Cirillo G. Prevenzione ed assistenza ai bambini napoletani a rischio sociale: l'adozione sociale. In: I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale? a cura di Cirillo G, Siani P, Tamburlini G *Ed Scientifiche Italiane, Napoli 1996*
- (7) Western Sidney Division of General Practice. Young Families Project: Literature review. Sidney, 2000
- (8) Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Sociali, Roma 2000. Piano Nazionale di Azione e di Interventi per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei Soggetti in Età Evolutiva 2000-2001.
- (9) World Health Organization A critical link: interventions for physical growth and psychological development. Geneva, 1999
- (10) World Health Organization, Regional Office for Europe, Health for All. Agenda 21 Copenhagen, 2000
- (11) Semprini R. Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche fattori di protezione. *Quaderni acp* 2000;6:45



XII CONGRESSO NAZIONALE ACP

Torino, 12 - 14 ottobre 2001

SICUREZZA E INSIKUREZZE 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 *Roccatò*

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 INSIKURI

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



Ancora sulle cellule staminali

Il bell'articolo di Paolucci sulla vostra rivista di dicembre mi porta a chiedere all'autore alcuni chiarimenti che non mi sono saputo dare.

1) Schematicamente sarei curioso di sapere: le cellule staminali da utilizzare per un trapianto dovranno provenire da cellule del paziente stesso se si vuole escludere il rigetto (o magari il tumore)?

2) Ma è possibile oggi sapere (immaginare) quanto tempo ci vorrà per averle a disposizione?

3) Ed il tessuto (forse questo quesito è idiota?) che produrranno le cellule staminali avrà le caratteristiche dei tessuti dell'autodante, cioè sarà vecchio (o sarà giovane) come lui? Il tessuto renale di sessantacinquenne prodotto dalle sue cellule staminali insomma non dovrebbe essere gran che se una persona di quell'età viene esclusa dalla possibilità di donare gli organi. È questo un limite di età alla possibilità di utilizzo delle cellule staminali? Mi scuso per la raffica di quesiti, ma spero di avere trovato una persona che me li chiarisca.

Aldo Maravigli

1. Lo stimolo scientifico a utilizzare cellule di embrione deriva dal fatto che, per la loro età (<14 giorni), è possibile, teoricamente e con qualche evidenza sperimentale, ottenere ogni tessuto e organo. Non si dispone, però, di dati sperimentali ove si sia affrontato il problema della istocompatibilità (rigetto), ma questo genere di problema non dovrebbe esistere, perché siamo in un'epoca assolutamente precedente all'instaurarsi delle barriere dell'istocompatibilità. È già noto che queste barriere sono meno rilevanti utilizzando cellule staminali da cordone ombelicale, che possiamo considerare dei "matusalemme" rispetto alle cellule di embrione. È dunque ragionevole pensare oggi di utilizzare cellule provenienti da chiunque. Se invece stiamo parlando di trapianto di cellule staminali ematopoietiche, le nostre conoscenze sono molto più ampie: il rigetto non esiste praticamente più, grazie ai regimi di condizionamento che ven-

gono utilizzati prima del trapianto; ma è cosa piuttosto diversa dal trapianto di organo vero e proprio ove non è praticata alcuna terapia immunosoppressiva pre-trapianto, ma solo successivamente ad esso.

2. No, perché si sta solo ragionando da dove cominciare il lavoro sperimentale, essendo i presupposti biologici del tutto ottimali. Cinque anni dovrebbero essere sufficienti per avere idea della direzione della ricerca, se questa sarà autorizzata senza eccessive limitazioni.

3. Partendo dalla pecora Dolly, assumendo che le donne possono autoclonarsi, dovendosi utilizzare solo il nucleo del donatore e il citoplasma di una cellula uovo, appare evidente che verrebbe a nascere una nuova vita (clonazione), che può prescindere dall'età del soggetto, ma la clonazione umana non è consentita. Al momento, appare ragionevole iniziare a lavorare con cellule molto giovani, ma questo potrebbe risultare non rilevante se si ottenesse la possibilità di riprogrammare a ritroso le cellule adulte, farle cioè ritornare ad essere cellule staminali, cosa che per altro sono già state prima della differenziazione-maturazione: è di questi giorni la notizia che questo è avvenuto, per un provvidenziale errore, in un laboratorio di Cambridge. Aspettiamo di sapere se la cosa è riproducibile anche in altri laboratori.

Paolo Paolucci

E se fossero i medici?

Ho letto il commento ai due articoli comparsi sulla rivista a proposito della convenzione pediatrica. Concordo poco su due punti del commento.

1. L'atteggiamento vittimistico sull'attribuzione ai MMG dei preadolescenti che in fondo (sia detto con chiarezza) è stato voluto o per lo meno cagionato dalla dirigenza sindacale pediatrica, non so per scelta o per incapacità previsionale.

2. La valutazione sul fatto che con il governo del centro destra in fondo cambierà poco nel settore della medicina di base.

Quest'ultimo dato è largamente induttivo e dipenderebbe dal fatto che regioni

governate dai berlusconiani non hanno toccato mai la strutturazione della medicina di base e che nel programma del centro destra non se ne fa cenno.

In verità le considerazioni sono fondate sul fatto che sia il centro destra a volere cambiare; io concordo che l'attenzione generale del futuro ministro della sanità berlusconiano (che magari sarà Veronesi) sarà concentrata sulla liberalizzazione in campo ospedaliero sul modello della Lombardia per lo meno nelle regioni del centro-nord.

Non dimenticate infatti che Veneto e Piemonte governate dal centro-destra non hanno seguito il modello lombardo nella sanità ed ora dovranno decidere da che parte stare. Ma la previsione trascura una possibilità. Se - in un progetto politico cambiato fortemente - fossero i medici di medicina generale (o una frangia di loro che conta molto in seno alla FIMMG e - mi dicono - conta qualcosa anche in seno alla FIMP) a chiedere una maggiore liberalizzazione come potrebbe il governo ignorarlo? Sarebbe facile "liberalizzare", per esempio intervenendo sui livelli essenziali di assistenza con una modificazione dell'intervento del SSN. Mi sto chiedendo in questi giorni se non sia possibile vedere le vicende della FNOM anche in questa prospettiva sindacale che ha acquistato una leadership in seno agli ordini dei medici e che ora la vogliono dichiarata invece che solo passivamente accettata. Il tutto per non fare confliggere gli (per ora eventuali) interessi (legittimi) sindacali con le regole etiche che la FNOM potrebbe rivendicare.

Efrem Marri

Mi sono limitato a "censire" le cose come sono ora. Falconi dopo il congresso FIMMG ha detto che lui ha timore che venga affermata l'idea "ognun per sé e Dio per tutti" andando verso il modello americano che farebbe saltare il principio di solidarietà. Questa sembra una scelta per restare nel SSN del quale anzi si difende la unitarietà contro "le mode federaliste". Poi ... si vedrà. Certamente quando il Presidente della SIMMG dice all'ASI del 5 ottobre che nella FIMMG "ci sono forze che intravedo, ma non conosco"!

g.c. b.



EBM e informazione ai genitori di bambini affetti da convulsioni febbrili

Ho letto con molto interesse le informazioni per i genitori dei bambini con convulsioni febbrili (CF) di Antonella Brunelli (1), di cui condivido lo spirito tranquillizzante e di essenzialità, ma non il contenuto relativo alle indicazioni pratiche su "come prevenire il ripetersi delle convulsioni". Per ridurre il rischio di recidive non è dimostrato che gli interventi proposti per abbassare la temperatura (applicare spugnature di acqua tiepida, somministrazione ogni 6 ore del farmaco antipiretico in caso di valori $>38^\circ$ per via cutanea) siano realmente efficaci. Questo a fronte di un'opinione corrente, molto diffusa (sia nei genitori che in alcuni medici) che l'evento CF è tanto più frequente quanto più alta è la temperatura corporea raggiunta. Tale convinzione è una delle principali cause di "panico" in caso di febbre elevata. L'evento CF si verifica di solito in presenza di un brusco rialzo della temperatura. Non c'è relazione evidente tra il valore di temperatura raggiunto e la frequenza della convulsione. È ormai dimostrato che se l'episodio si verifica in corso di relativamente bassi valori di temperatura, il rischio di ricorrenza è maggiore. Questo perché, molto verosimilmente, vi è una soglia più bassa per il manifestarsi dell'evento "elettrico" causa delle CF. È pertanto ipotizzabile che qualsiasi tentativo di tenere il più possibile bassi i valori di temperatura è destinato a fallire, proprio perché il rialzo brusco della temperatura è difficilmente controllabile. In letteratura sono stati pubblicati 3 studi clinici controllati (RCT) sulla efficacia dei farmaci antipiretici nella prevenzione delle recidive di CF (2-4). Purtroppo i risultati non hanno mostrato differenze, in termini di frequenza di recidive, tra i bambini che assumevano l'antipiretico in modo "sistematico" (indipendentemente dai valori di temperatura, ogni 4-6 ore) e quelli in cui era previsto un uso al "bisogno" (2, 3) o un non uso (somministrazione del placebo) (4). Alla luce di questi risultati (che sono tutti nella stessa direzione, con un livello di

evidenza di tipo IIb), è forse ragionevole informare i familiari dei bambini con CF che l'uso degli antipiretici potrà essere anche sistematico (se l'emotività è più forte della ragione), ma che questa scelta non sembra ridurre il rischio di ricorrenza. Circa l'uso indicato del dipirone (Novalgina) come farmaco di II scelta ("se il primo non è efficace", ma rispetto a cosa?), si vuole evidenziare che, sebbene molto raramente, l'uso del farmaco è gravato di effetti collaterali di cui l'agranulocitosi rappresenta un'evenienza con caratteristiche cliniche, in alcuni casi, molto gravi. Da qualche mese è disponibile anche in Italia l'ibuprofene in formulazione pediatrica (Nureflex sosp: 1 ml= 20 mg), il cui profilo di efficacia come antipiretico, al dosaggio di 5-10 mg/kg/dose, è stato valutato in 11 RCT ed è sovrapponibile a quello del paracetamolo. Ma l'aspetto sicuramente più importante riguarda gli studi di post marketing surveillance relativi al profilo di sicurezza, con il monitoraggio di circa 40.000 bambini e con dei risultati molto incoraggianti rispetto ai rischi maggiori di ospedalizzazione, con un uso a breve termine dell'ibuprofene in bambini febbrili (5,6). Resta da chiedersi quanto sia davvero necessario il ricorso ad un farmaco alternativo al paracetamolo o, pratica molto diffusa, l'alternanza tra farmaci antipiretici (7). Gli aspetti citati sono sicuramente di modesto rilievo rispetto al messaggio finale, molto pratico, che emerge dalle raccomandazioni della Brunelli. Tuttavia, rispetto alla rilevanza emotiva che il fenomeno della CF riveste, un'informazione che affermi l'impossibilità di prevenire un evento drammatico, ma per fortuna benigno rispetto agli esiti, può essere ancora più tranquillizzante per la famiglia (non costretta ad inseguire ogni piccolo rialzo delle temperatura) e per lo stesso bambino.

Federico Marchetti

Bibliografia

- (1) Brunelli A. Per i genitori dei bambini affetti da convulsioni febbrili. *Quaderni acp* 2000;6:51
- (2) Schnaidermann D et al. Antipyretic effectiveness of acetaminophen in febrile seizures: ongoing prophylaxis versus sporadic usage. *Eur J Pediatr* 1993; 152:747-749
- (3) Uhari M et al. Effect of acetaminophen and of

low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr* 1995; 126:991

(4) van Stuijvenberg M et al. Randomized, controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illnesses to prevent febrile seizure recurrences. *Pediatrics* 1998;102:e51

(5) Lesko SM et al. An assessment of the safety of pediatric ibuprofen. *JAMA* 1995;273:929

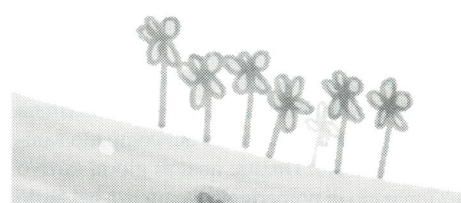
(6) Lesko SM et al. The safety of acetaminophen and ibuprofen among children younger than two years old. *Pediatrics* 1999;104:39

(7) Mayoral CE et al. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2000;105:1009

Nell'attuale panorama informativo, nel quale ancora circolano opuscoli che prevedono profilassi continue con fenobarbital o intermittenti con diazepam, esecuzioni di EEG a ridosso della crisi o seriati a distanza, quello che ho presentato è un comportamento semplice e di facile gestione domiciliare. Tuttavia comprendo le osservazioni di Marchetti e condivido anche il commento che definisce modesto il rilievo degli aspetti sottolineati rispetto al messaggio finale. Vorrei ricordare però una cosa: non abbiamo sempre sostenuto che la ricerca di evidenze è un processo e che alcuni comportamenti time-honored non possono essere modificati in carenza di adeguate evidenze della letteratura?

Proprio l'editoriale di Conti Nibali che compare in questo numero della rivista sottolinea le carenze della ricerca nell'area delle cure primarie. La mancanza di ricerca e la conseguente impossibilità di reperire evidenze a proposito di un comportamento (peraltro assolutamente privo di rischi) autorizza forse ad abbandonarlo? Per questo (e sono sicura che in questo concorderà anche Marchetti) mi sembra ancora corretto consigliare l'antipiretico a un bambino affetto da CF, a patto che questa prescrizione venga sempre accompagnata da un messaggio di benignità dell'evento e di imprevedibilità delle ricorrenze. Che è quello che ho cercato di fare.

a. b.



ECM: a che punto siamo?

Mercoledì 24 gennaio si è tenuto a Roma un incontro dei gruppi locali ACP sulla Educazione Continua in Medicina (ECM). Hanno preso parte alla riunione il presidente, Nicola D'Andrea, e, per il gruppo della formazione, Giancarlo Biasini e Vitalia Murgia, i rappresentanti di 20 gruppi locali, molti dei quali pediatri di base, alcuni ospedalieri e pediatri di comunità. Com'è noto, il progetto di ECM varato dal Ministero della Sanità prevede per quest'anno un periodo di sperimentazione di sei mesi, da gennaio a giugno. Durante questo periodo è possibile, per chi è accreditato, procedere all'invio dei progetti ed ottenere che essi diano luogo al conferimento dei crediti. L'ACP nazionale si è accreditata presso il ministero e così hanno fatto anche alcuni gruppi locali. Il gruppo di coordinamento per la formazione propone di fornire supporto didattico e organizzativo ai gruppi locali che vogliono presentare i propri progetti sotto l'egida dell'ACP, mettendo a disposizione di tutti l'esperienza e le conoscenze maturate in questo campo, fatta salva naturalmente la libertà per i gruppi locali di procedere ad accreditamenti in piena autonomia. Il dibattito in aula è stato vivace. Si sono così delineate due "anime". I gruppi di più recente istituzione hanno mostrato di aderire alla *centralizzazione* (lo abbiamo scritto in corsivo!) della formazione. I gruppi impegnati da anni in attività di formazione, pur dando la propria adesione a questa proposta di centralizzazione, hanno ricordato come sia proprio dello spirito e della politica dell'ACP incentivare a livello locale la capacità di produrre esperienze formative autonome, per diffondere un sapere che sia anche l'espressione delle esigenze e della crescita del gruppo. A tale proposito è stato affidato a Salvo Fedele l'incarico di presentare una proposta di strutturazione di un corso di formazione, in linea con le esperienze più innovative maturate in questi gruppi. Si è proposto inoltre di organizzare un corso sulle metodologie formative, cui possa partecipare un esponente di ogni gruppo locale, che consenta di incrementare le competenze di didattica, utile soprattutto per i gruppi che si cimentano in questo ambito per la prima volta. Il corso proposto ha queste caratteristiche, e la maggioranza dei rappresentanti dei gruppi presenti ha dato la sua adesione a questa esperienza di primo livello. Sede del corso: Centro Veneto agricoltura di Motta di Livenza (TV), una struttura dove si tengono tutti i corsi di formazione residenziali per il personale del comparto sanitario del Veneto. Durata: quattro giorni (arrivo il 27 maggio di pomeriggio e partenza nel tardo pomeriggio del 31 maggio). Costo totale: Lit.

1.300.000 comprensivo delle spese di soggiorno, trasferimenti dal centro e per l'aeroporto Marco Polo per chi arriva in aereo, e dalle stazioni di San Donà di Piave o San Stino di Livenza per chi arriva in treno. I gruppi hanno ricevuto i dettagli per l'adesione.

m.f. s.

Consiglio direttivo

A Roma nel novembre 2000 si è svolta la prima riunione del nuovo consiglio direttivo ACP. Erano presenti tutti i consiglieri tranne Lucia Castelli. La riunione è stata presieduta dal nuovo presidente ACP, Nicola D'Andrea. Erano presenti anche Fedele e Gangemi (invitati per progetti specifici). Ecco in sintesi i principali temi trattati:

Elezioni

Si discute sulle modalità delle elezioni: i presenti concordano sulla necessità di un più puntuale e previo accertamento della facoltà di voto (regolarità della quota) almeno due mesi prima della data delle elezioni; si concorda inoltre sulla costituzione di una commissione elettorale nominata dal direttivo, formata da tre iscritti, deputata allo spoglio e con facoltà di dirimere nel seggio elettorale eventuali problemi insorti. Si decide inoltre che il voto postale sarà effettuato su una scheda personale inviata tempestivamente agli iscritti in regola sola modalità.

EBM

Riferiscono sul corso nazionale organizzato a Verona nel maggio 2000 due degli organizzatori, Buzzetti e Gangemi. Dal corso sono scaturite alcune iniziative: una mailing list, un percorso pratico su asma e leucotrieni; alcuni dei partecipanti stanno tentando di ripetere il percorso nei gruppi locali di appartenenza (Milano, Torino, Roma, Modena e Verona); altri hanno contattato gli organizzatori per riproporre il corso nelle proprie sedi. La valutazione è dunque positiva. Si vorrebbe programmare un secondo corso di livello più avanzato, aperto anche a nuovi iscritti. Gli interventi di Conti Nibali, Rossetti e Calia sull'argomento pongono il problema del finanziamento e del decentramento a livello dei vari gruppi locali dei percorsi formativi di EBM.

Fedele ricorda che l'attività di formare formatori è ben collaudata in ambito ACP, e l'EBM merita un investimento di risorse specifico anche se il web può funzionare come percorso integrativo "individuale".

Magazzù sottolinea una esperienza che a Messina ha proposto un corso EBM agli specializ-

zandi che si sono confrontati con pediatri di varie esperienze, in particolare territoriali. D'Andrea conclude questo punto all'ordine del giorno incaricando Roberto Buzzetti di organizzare un pacchetto-percorso di formazione, tenendo presente la necessità di costituire dei "visiting group", da offrire alle varie istituzioni (ASL, Dipartimenti M-I) che ne faranno richiesta.

Ricerca

Conti Nibali prendendo a modello la ricerca sulle otiti, pone il problema della approvazione di progetti di ricerca, dei rapporti con strutture quali il CSB per ricerche non interdisciplinari, del finanziamento, della raccolta e dell'analisi dei dati. Gangemi aveva inviato alcune note su questo argomento, proponendo di ridefinire le funzioni della segreteria ACP, di riattivare il comitato scientifico, di coordinarsi al meglio con il CSB, di collegarsi con l'area ospedaliera. Il direttivo decide che sono necessari un regolamento sui tempi di risposta da parte del comitato e l'ampliamento dello stesso, stabilisce che è compito del comitato scientifico decidere quali ricerche finanziare.

Dà mandato a Gangemi di stendere un programma-regolamento in merito. Il CSB si occuperà dell'analisi dei dati della ricerca sull'OMA.

Congresso 2001

Si discute dei temi e dei tempi del prossimo Congresso nazionale attraverso le proposte dei consiglieri scaturite anche dall'analisi del Congresso di Vicenza. Approvato a maggioranza il titolo "Sicurezza/Insicurezza".

Si decide di convocare dopo l'assemblea un coordinamento dei gruppi locali per discutere di "politica" dell'associazione.

WEB

Fedele sottolinea la possibile utilità di una editoria web dell'ACP; i costi potrebbero essere coperti dalla pubblicità, raccolta sempre secondo le regole vigenti in ACP.

Sarebbe indispensabile formare un gruppo "variegato" (multicompetente). Il direttivo approva l'iniziativa e prende atto che il sito sarà validamente navigabile.

Quaderni acp

Si rinnova all'unanimità la carica di direttore di *Quaderni acp* a Biasini.

Cooperazione

Il direttivo è d'accordo sulla proposta di finanziare tre "borse" per pediatri dei paesi in via di sviluppo per partecipare a un incontro di formazione in Sudafrica (circa 3-4 milioni).

m.f. s.

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Alimentazione neonatale e pressione arteriosa
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Il caso che insegna**
Una bambina con gli anticorpi
contro il virus della Mononucleosi
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Come usare il tiralatte
- **Saper fare**
L'esame con luce di Wood
- **Il punto su**
Il sostegno domiciliare come fattore protettivo

Alimentazione neonatale e pressione arteriosa

Lucio Piermarini

Pediatra Servizi Consultoriali, ASL 4, Regione Umbria

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 38-39

Ancora una prova di quanto sia utile l'allattamento al seno in un campo finora poco battuto: il campo delle malattie cardiovascolari

La ricerca di base e clinica sul latte materno non conosce soste e, tra molte conferme e poche smentite, sta accumulando grandi quantità di dati a conferma dell'asserzione che la promozione dell'allattamento al seno costituisce uno dei pochi interventi sanitari veramente preventivi.

A tutto ciò non corrisponde però un pari impegno sul campo della pediatria nostrana, ospedaliera e territoriale, e ancor meno degli amministratori delle ASL, che pure dovrebbero saper leggere i piani sanitari nazionali e regionali meglio di noi.

È veramente assurdo che si debba far fatica, e qualche volta combattere nel vero senso della parola, per ottenere dai vari servizi una politica favorevole al latte materno. Una delle ragioni, per essere benevolmente obiettivi, può essere il fatto che i suoi effetti benefici più clamorosi si manifestano a lungo termine e non hanno perciò lo stesso impatto emotivo dei trapianti o dell'alta chirurgia. È un po' lo stesso problema che stanno incontrando le vaccinazioni: un intervento sul sano per restare sano, senza l'imminenza del pericolo. Ma a differenza delle vaccinazioni, chi sembra non gradire gli sforzi per la diffusione dell'allattamento al seno, o almeno sottovalutarne l'importanza, non sono i "clienti" ma molti pediatri; se non nelle parole, sicuramente nei fatti. Per questa ragione *Quaderni* non teme di essere ripetitivo riportandovi, ogni volta che può, quanto di buono sull'argomento sforna la letteratura. Segnaliamo pertanto un recente lavoro inglese sui rapporti fra nutrizione precoce e pressione arteriosa (*Singhal A et al. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. Lancet 2001;357:413*). Gli autori hanno approfittato di due trial realizzati nel 1982 in cui veniva studiato, in bambini prematuri di peso inferiore a 1.850 grammi, l'effetto del tipo di alimentazione

precoce sul successivo sviluppo cognitivo. In un trial la randomizzazione consisteva nel ricevere, sia come dieta esclusiva sia come integrazione del latte materno, o latte di donna donato o latte artificiale per prematuri. Nell'altro trial veniva utilizzato invece, sempre come dieta esclusiva o come integrazione del latte materno, o latte artificiale normale o per prematuri. La dieta assegnata veniva somministrata fino al peso di 2.000 grammi o fino alla dimissione. Questa randomizzazione (possibile allora, ma impensabile oggi che la superiorità del latte di donna è stata dimostrata anche nei prematuri) ha consentito agli autori di poter valutare sugli stessi bambini seguiti fino a 13-16 anni gli effetti della dieta sulla pressione arteriosa, senza le possibili interferenze associate alla scelta materna di allattare o no.

I risultati dimostrano, nei bambini nutriti con solo latte umano rispetto a quelli con integrazione di latte per prematuri, una riduzione significativa della pressione arteriosa media di 4,1 mm Hg (IC 95%: 1,6 - 6,6) e della diastolica di 3,2 mm Hg (IC 95%: 0,6 - 5,8) in media. Nessuna differenza è stata trovata fra i bambini appartenenti al trial con latte artificiale normale o per prematuri. Inoltre la presenza di una relazione proporzionale tra la dose di latte umano assunta e la riduzione osservata indicherebbe l'esistenza di un rapporto causale. È anche immaginabile quindi che una più lunga durata dell'allattamento al seno ottenga risultati ancora migliori. Così come è anche possibile che, poiché la pressione arteriosa segue una traccia ben definita dall'adolescenza all'età adulta con un'amplificazione dei valori iniziali, la differenza tra allattati al seno e non possa ulteriormente aumentare. Il meccanismo non è chiaro, ma si può escludere, visti i risultati del trial che confrontava i due tipi di latte artificiale (che presentavano grosse differenze nel

contenuto di sodio), l'influenza del sale, d'altra parte già messa in dubbio in altri studi prospettici. Di rilievo anche l'osservazione che l'effetto favorevole del latte umano, o negativo del latte artificiale, non si manifesta fino al periodo puberale.

Ma, al di là di ogni altra considerazione speculativa sui fattori coinvolti nel risultato, vorremmo concludere sottolineando il notevole impatto che la riduzione di 3 mm Hg della pressione arteriosa diastolica nell'adulto può avere in un ambito di salute pubblica. È infatti noto che una riduzione anche di soli 2 mm Hg su tutta la popolazione adulta ridurrebbe la prevalenza di ipertensione del 17%, il rischio di malattia coronaria del 6% e il rischio di ictus e attacchi ischemici transitori del 15% (Cook NR et al. Implications of small reductions in diastolic blood pressure for primary prevention. *Arch Intern Med* 1995;155:701). Quindi una prevenzione di patologie e morti premature nell'ordine delle migliaia, beninteso negli adulti a venire. Per quelli di ora ciò che è fatto è fatto. Sarà per questo che noi, adulti di ora, ce ne interessiamo così poco? ■

short

Ininfluenza la carica elettrostatica nei distanziatori

Negli ultimi cinque anni diversi studi in vitro hanno riportato che l'efficacia dei distanziatori di plastica può essere sostanzialmente limitata dalla carica elettrostatica della loro parete, in quanto favorirebbe la precipitazione dell'aerosol diminuendone la disponibilità per l'inalazione. Alcuni autori olandesi, osservando che in realtà nei lavori in questione non era stata studiata l'efficacia clinica della somministrazione, hanno voluto verificare se alla diminuita disponibilità corrispondesse anche una diminuita risposta broncodilatante. In effetti, mettendo a confronto un distanziatore metallico, e quindi privo di carica elettrostatica, con due normali distanziatori di plastica tra i più diffusi, non sono riusciti a trovare alcuna differenza di picco espiratorio di flusso dopo som-

ministrazione sia di 400 che di 100 microgrammi di salbutamolo. Anche fra i due distanziatori di plastica non è risultata alcuna differenza. La spiegazione di questa discrepanza con i precedenti lavori potrebbe risiedere, secondo gli autori, nel fatto che i comuni dosaggi di salbutamolo sono abbastanza alti da non risentire di un eventuale abbattimento conseguente alla carica elettrostatica. Come d'uso gli autori auspicano ulteriori lavori di conferma sia con il salbutamolo che con gli steroidi.

Dompeling E et al. Randomised controlled study of clinical efficacy of spacer therapy in asthma with regard to electrostatic charge. Arch Dis Child 2001;84:178

Parole chiave Asma, Distanziatori

l. p.

MALFORMAZIONI CONGENITE

Rapporto causale con gravi eventi psicosociali

Background Studi condotti su piccoli campioni e senza rigorosa metodologia hanno segnalato una associazione tra stress psicosociali in gravidanza e alcune malformazioni congenite.

Alcuni studi sperimentali hanno avanzato l'ipotesi che un forte stress determinerebbe un aumento di cortisone e catecolamine con conseguente iperglicemia e ipossia, condizioni cui sono particolarmente sensibili nel periodo dell'organogenesi le cellule della cresta neurale craniale (*ipotesi biologica*).

Obiettivi Gli autori vogliono dimostrare se gravi eventi familiari (vedi definizione in "valutazione dei fattori di rischio") in gravidanza o nei mesi precedenti aumentano il rischio di malformazioni congenite, in particolare della cresta neurale craniale.

Setting Studio di popolazione effettuato sui dati relativi a un ampio campione delle gravidanze non gemellari verificatesi in

Danimarca nel periodo tra il 1980 e il 1992 condotto dal Dipartimento di neuropsichiatria di Glostrup e dal Centro di Scienze epidemiologiche di Copenhagen e Aarhus, Danimarca.

Metodi Studio di coorte con follow-up storico. I dati riguardanti sia le esposizioni sia gli esiti sono stati ricercati sui registri nazionali di nascita, gravidanza, mortalità, ricoveri e malformazioni congenite (relativi a tutta la popolazione danese).

Coorte esposti. Tutte le gravidanze non gemellari (3.560) che in Danimarca negli anni 1980-1992 sono state esposte, durante la gestazione o nei 16 mesi precedenti, a grave evento familiare. La coorte degli esposti è stata divisa in sottogruppi in base all'epoca dell'esposizione allo stress (7-16 mesi e 0-6 mesi prima della gestazione, primo, secondo e terzo trimestre) per evidenziare se l'esito studiato era più frequente quando lo stress si verificava nel periodo dell'organogenesi.

Coorte non esposti. Un campione di gravidanze non gemellari (20.299) estratto dalle 694.885 risultate non esposte al fattore di rischio valutato verificatesi in Danimarca nello stesso periodo.

Le due coorti erano paragonabili per i principali dati demografici, livello di istruzione, malattie croniche, fumo e uso di alcool. Tra i non esposti c'era una maggiore percentuale di prime gravidanze.

Criteri di esclusione. Sono state escluse le gravidanze i cui neonati presentavano anomalie cromosomiche o malattie ereditarie e quelle in cui l'esposizione era la morte di un bambino che presentava la stessa malformazione del neonato in studio. Sono anche state escluse le gravidanze di cui mancavano i dati relativi all'età gestazionale o al peso alla nascita del neonato.

Valutazione dei fattori di rischio. L'esposizione studiata era un evento familiare grave, intendendo con tale definizione: primo ricovero per tumore o infarto del miocardio del partner o di un figlio, morte del partner, morte di un figlio, morte inaspettata di un figlio. È stata anche valutata separata-

mente l'esposizione ad ognuno di tali eventi o al verificarsi di più eventi familiari gravi nella stessa gravidanza per evidenziare un gradiente dose/risposta.

Principali esiti valutati. Incidenza di malformazioni congenite della cresta neurale craniale, cioè labio e/o palatoschisi, difetti auricolari, difetti cardiaci conotruncali, aplasia del timo. Incidenza di altre malformazioni congenite.

Le malformazioni erano diagnosticate alla nascita o durante il primo anno di vita, erano incluse solo le diagnosi verificate.

Risultati Il fattore di rischio valutato è associato ad un rischio aumentato di malformazioni congenite della cresta neurale craniale: 42 erano i nati con malformazione della cresta neurale craniale dalle 3.560 gravidanze esposte (1,18%) e 131 i nati con le stesse malformazioni dalle 20.299 gravidanze non esposte (0,65%). L'odds ratio corretto (OR) è di 1,54 (IC 95% 1,05-2,27).

La frequenza delle altre malformazioni non mostrava differenze significative tra le gravidanze esposte (3,26%) e quelle non esposte (3,04%): OR 1,14 (IC 95% 0,94-1,42). Esiste un gradiente dose/risposta, cioè il rischio di presentare la malformazione aumentava con l'aumentare del numero di eventi di rischio a cui era esposta la gravidanza.

I risultati validano l'ipotesi biologica infatti, valutando l'esposizione alla morte di un figlio (tipo di evento risultato più fortemente associato all'esito) nei diversi periodi di esposizione, l'associazione con un rischio aumentato di malformazioni congenite della cresta neurale craniale era particolarmente evidente se l'evento si verificava nel periodo dell'organogenesi. Se si considera una esposizione acuta, come la morte inaspettata di un figlio, le malformazioni congenite considerate aumentavano solo se l'esposizione si verificava nel primo trimestre (nel 6,25% degli esposti) per scendere ai livelli della coorte dei non esposti quando l'evento si verificava negli altri periodi considerati. Se la morte del figlio non era inaspettata la differenza tra esposizione durante il primo e durante il secondo trimestre era meno alta facendo pensare a una estensione dello stress al periodo precedente l'evento grave. In 109

Box

Number needed to harm

Il NNH indica il numero di esposizioni a un fattore di rischio necessarie perché si verifichi un esito negativo in più rispetto al gruppo di controllo.

I nati con malformazione congenita della cresta neurale dalle 3.560 gravidanze esposte a evento grave familiare sono 42.

Il rischio negli esposti è $42/3.560 = 0,0118$ (1,18%).

I nati con malformazione congenita della cresta neurale dalle 20.299 gravidanze non esposte sono 131.

Il rischio nei non esposti è $131/20.299 = 0,0065$ (0,65%).

La differenza fra il rischio negli esposti e il rischio nei non esposti è $0,0118 - 0,0065 = 0,0053$ (0,53%) (Incremento assoluto del rischio IAR).

Il NNH è l'inverso dell'IAR, quindi

$$\frac{1}{0,0053} = 187$$

Ogni 187 gravidanze esposte a un evento familiare grave è nato un bambino in più con malformazione congenita della cresta neurale rispetto ai nati da gravidanze non esposte.

Allo stesso modo si calcola il NNH per le gravidanze esposte al lutto della morte di un figlio nel primo trimestre e della morte inaspettata di un figlio nel primo trimestre.

Per le prime i nati con malformazione della cresta neurale dalle 109 gravidanze esposte sono 4.

Il rischio negli esposti è $4/109 = 0,0367$ (3,67%).

Il rischio nei non esposti è sempre quello delle 20.299 gravidanze non esposte: $0,0065$ (0,65%).

L'IAR è $0,0367 - 0,0065 = 0,03$ (3%).

Il NNH è

$$\frac{1}{0,03} = 33$$

Nel caso di morte inaspettata di un figlio nel primo trimestre di gravidanza i nati con malformazione della cresta neurale dalle 48 gravidanze esposte sono 3.

Il rischio negli esposti è $3/48 = 0,0625$ (6,25%).

L'IAR è $0,0625 - 0,0065 = 0,056$ (5,6%).

Il NNH è

$$\frac{1}{0,056} = 18$$

In caso di morte di un figlio nel primo trimestre di gravidanza, ogni 33 gravidanze esposte è nato un bambino in più con malformazione della cresta neurale rispetto ai nati da gravidanze non esposte. In caso di morte inaspettata di un figlio nel primo trimestre di gravidanza bastano 18 gravidanze esposte per la nascita di un bambino in più con malformazione della cresta neurale rispetto ai nati da gravidanze non esposte.

È utile calcolare l'intervallo di confidenza del NNH (vedi le considerazioni sull'intervallo di confidenza del NNT su Quaderni acp 2001;1:40). L'intervallo di confidenza esprime i limiti entro cui può variare 95 volte su 100 il risultato del NNH se si ripetesse lo studio 100 volte. L'abbiamo calcolato con un programma computerizzato, ma è possibile farlo anche con una semplice formula (ne riparleremo).

L'IC 95% del NNH di tutte le gravidanze esposte è compreso tra 104 e 486 (NNH 187; IC 95% 104-486).

L'IC 95% del NNH delle gravidanze esposte nel primo trimestre a morte del figlio è tra 11 e 127 (NNH 33; IC 95% 11-127).

L'IC 95% del NNH delle gravidanze esposte nel primo trimestre a morte inaspettata del figlio è tra 6 e 66 (NNH 18; IC 95% 6-66).

gravidezze esposte nel primo trimestre alla morte di un figlio si verificava la nascita di 4 bambini con malformazione della cresta neurale craniale (3,67%; OR 4,75 [IC 95% 1,63-13,8]); se la morte era inaspettata (e quindi il trauma è stato acuto, solo in tale epoca) l'incidenza di queste malformazioni saliva al 6,25% (3 in 48 gravidanze esposte nel primo trimestre; OR 8,36 [IC 95% 2,41-29]).

Conclusioni Gli autori concludono che i risultati sono validi in quanto il loro studio è stato condotto su un campione ampio e rappresentativo, con dati obiettivi riguardo sia l'esposizione sia l'esito valutato. I gruppi di esposti e non esposti sono paragonabili e il follow-up è completo rispetto alle malformazioni valutate.

Gli autori non escludono che anche stress emotivi meno forti possano essere associati a malformazioni congenite, ma hanno voluto studiare solo l'esposizione ad eventi gravi perché probabilmente determinano stress indipendentemente dalla personalità.

Commento La correttezza metodologica dello studio verifica e quantifica un "luogo comune" con un buon livello di evidenza. Gli autori hanno esposto i risultati come variazione di incidenza di malformazioni e come *odds ratios* corretti, che esprimono quante volte in più rischia la coorte degli esposti rispetto a quella dei non esposti. Più utile in ambito clinico è, analogamente a quanto detto per il NNT negli articoli di terapia (*Quaderni acp* 2000;6:40 e 2001;1:40), la conoscenza del *number needed to harm* (NNH) che si può calcolare facilmente (vedi **Box** a pag. 40).

Hansen D et al. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* 2000;356:875

Parole chiave Malformazioni congenite, Gravi eventi familiari in gravidanza

m.g. l.

short Sindrome HHE

HHE è l'acronimo per "hypotonic-hyporesponsive episode" e consiste nell'improvvisa comparsa di ipotonia, iporesponsività e pallore o cianosi entro 48 ore dalla vaccinazione di un bambino. Questa sindrome è stata principalmente associata ai vaccini antipertosse somministrati a bambini di età inferiore a 2 anni e se ne stima una frequenza pari a un episodio ogni 1.750 vaccinazioni antidifterite-tetano-pertosse cellulare. Uno studio su questa sindrome è stato condotto utilizzando le segnalazioni fatte tra il 1996 e il 1998 al VAERS, un sistema nazionale di sorveglianza passiva sugli effetti avversi delle vaccinazioni negli USA. Su un totale di 40.000 segnalazioni sono stati individuati 215 casi di HHE che sono stati ulteriormente approfonditi per mezzo di un questionario telefonico. Nessun caso è stato fatale. La mediana dell'età all'esordio era di 4 mesi (1,1-107 mesi). Solo il 4,7% pesava meno di 2.500 grammi alla nascita. La mediana dell'intervallo fra vaccinazione e HHE era di 210 minuti (1 minuto-2 giorni) con tendenza molto maggiore a comparire entro 5 minuti dalla vaccinazione nei bambini di età superiore ai due anni. Per questi, proprio per la rapidità di insorgenza, si ipotizza più una sincope vaso-vagale che una vera HHE.

Il 98,6% ha recuperato le condizioni pre-vaccinazione entro una mediana di 6 ore (1 minuto-4 mesi). I 3 bambini che non si sono normalizzati hanno sviluppato autismo, epilessia parziale complessa e ritardo dello sviluppo con spasmi infantili; condizioni che tuttavia non risultano causalmente associate alla vaccinazione.

Il 93% aveva ricevuto un vaccino contenente la componente antipertosse, sia cellulare che acellulare. Nel 26,7% dei casi il ciclo vaccinale è stato proseguito invariato e solo un bambino ha presentato un nuovo episodio di HHE dopo la vaccinazione anti-epatite B. Dal 1996 al 1998 il numero delle segnalazioni di HHE è diminuito da 99 a 38, contemporaneamente al passaggio dal vaccino antipertosse cellulare a quello acellulare.

Du Vernoy TS et al. Hypotonic-Hyporesponsive Episodes Reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1996-1998. *Pediatrics* 2000;106:e52

Parole chiave Vaccinazioni, HHE

l. p.

CEFTRIAXONE Aumenta le resistenze

Obiettivi L'obiettivo iniziale della ricerca era la valutazione di efficacia di uno steroide (prednisolone) e/o di un antistaminico, confrontati con il placebo in un trial clinico randomizzato, come terapia aggiuntiva al ceftriaxone nel trattamento dell'otite media acuta. I gruppi erano: steroide vs placebo, antistaminico vs placebo, antistaminico e steroide vs placebo. Successivamente, dato che ogni trattamento aggiuntivo al ceftriaxone non aveva dimostrato alcun effetto sulla colonizzazione nasofaringea, il materiale della ricerca è stato riorientato per valutare, in un unico gruppo, le resistenze batteriche indotte dal ceftriaxone, giacché materiale per cultura era stato raccolto prima e dopo la somministrazione del farmaco (50 mg/kg) in dose intramuscolare unica.

Setting Ricerca condotta, fra il 1995 ed il 1999, a Galveston, città di 70.000 abitanti situata nel golfo del Messico, dalla Università del Texas. Età media 13 mesi (3-80), il 34% dei bambini erano afroamericani, il 32% ispanici.

Metodi I vari gruppi di cui si è detto in "Obiettivi" sono stati fusi in un unico gruppo per valutare solo la flora batterica ed il comportamento delle resistenze. Pertanto dopo la diagnosi, fatta con i criteri soliti, veniva raccolto materiale nasofaringeo per le culture all'arruolamento ed al



quinto giorno. Venivano esaminate le colonie di *S. pneumoniae*, di *M. catharralis*, di *H. influenzae*. Veniva saggiata la sensibilità dello *S. pneumoniae* alla penicillina (definizioni: suscettibile, intermedio, resistente). Per la *M. catharralis* e l'*H. influenzae* veniva testata la produzione di betalattamasi.

Risultati Prima del trattamento la *M. catharralis* è stata isolata nel 59%, lo *S. pneumoniae* nel 52%, l'*H. influenzae* nel 32%. Dopo il trattamento i germi patogeni sono diminuiti: *M. catharralis* è stata isolata nel 37%, lo *S. pneumoniae* nel 30%, l'*H. influenzae* nel 10%. Prima del trattamento però il 60% dello *S. pneumoniae* era sensibile alla penicillina, il 26% intermedio ed il 14% resistente. Dopo il trattamento solo il 24% dei germi rimaneva sensibile alla penicillina, il 59% intermedio, il 16% resistente. La produzione di betalattamasi da *Moraxella catharralis* aumentava dal 23 al 38%, mentre quella dell'*H. influenzae* era del 98% ed ovviamente rimaneva tale.

Conclusioni Usando il ceftriaxone in una sola dose si determina un notevole cambiamento nella flora nasofaringea e si aumentano percentualmente i pneumococchi insensibili alla penicillina. Si determina una nuova colonizzazione di germi diversi da prima nel 5-10% dei bambini.

Commento Lo studio conferma altri dati, ben noti, che provano come la somministrazione di antibiotici (ceftriaxone, ma anche amoxi-clavulanico e azitromicina) possa modificare nettamente la composizione della flora batterica nasofaringea aumentando le resistenze. Ciò suggerisce molta cautela nell'uso degli antibiotici nell'otite. La struttura di questo lavoro però consente anche valutazioni di tipo metodologico che esponiamo nel *box a lato*.

Heikkinen T et al. A single intramuscular dose of ceftriaxone change nasopharyngeal bacterial flora in children with acute otitis media. *Acta Paediatr* 2000;89:1316

Parole chiave Antibiotici, Otite media acuta, Ceftriaxone, Resistenze ad antibiotici

g.c. b.

Box

Qualità delle prove: gli studi "riorientati"

Come si è visto la progettazione dello studio e la conseguente scelta dei casi con la relativa randomizzazione è avvenuta sulla base di un disegno dello studio diverso da quello secondo il quale lo studio è stato poi valutato. Questa deve essere considerata sempre una "manovra pericolosa".

Nello studio in questione tutti i 167 bambini hanno ricevuto ceftriaxone, ma una parte di questi ha ricevuto placebo + ceftriaxone, una parte steroide+ceftriaxone, una parte antistaminico + ceftriaxone o antistaminico e steroide + ceftriaxone.

Nel lavoro non vengono date le composizioni dei singoli gruppi; questo perché l'impianto originale dello studio è saltato, né viene dato il risultato sulla flora nasofaringea dei bambini trattati o con solo ceftriaxone + placebo o con ceftriaxone associato. Viene solo detto che non ci sono stati "effetti sulla composizione della flora" da parte dei farmaci associati al ceftriaxone; non ci vengono forniti i numeri. Nulla ci viene detto sui dati di resistenza batterica nei singoli gruppi della primitiva randomizzazione. In ogni caso, invece, questi numeri devono essere dati per convincere il lettore che vuole controllare che non ci sono stati "effetti sulla composizione della flora". Il lettore infatti deve essere sempre posto in grado di valutare l'effettiva correttezza dello studio.

Può essere accettato a priori che gli effetti dei farmaci somministrati nei vari gruppi (placebo, steroidi, antistaminici) siano nulli o equivalenti? Si può dire che non si conoscono attualmente effetti dei farmaci utilizzati sulla flora batterica, ma ciò non equivale a dire che non ci siano. Inoltre è abbastanza nota l'attività antiflogistica degli steroidi. A tale proposito va detto che non viene data la dose dello steroide, né il numero delle dosi utilizzate.

È abbastanza evidente quindi che nel corso dello studio si è fatto uso di terapie non previste dalle modalità con le quali la ricerca è stata conclusa.

È altrettanto evidente che non siamo in grado di sapere come queste terapie abbiano influito sul risultato finale.

In sostanza quindi inficiano il significato della ricerca:

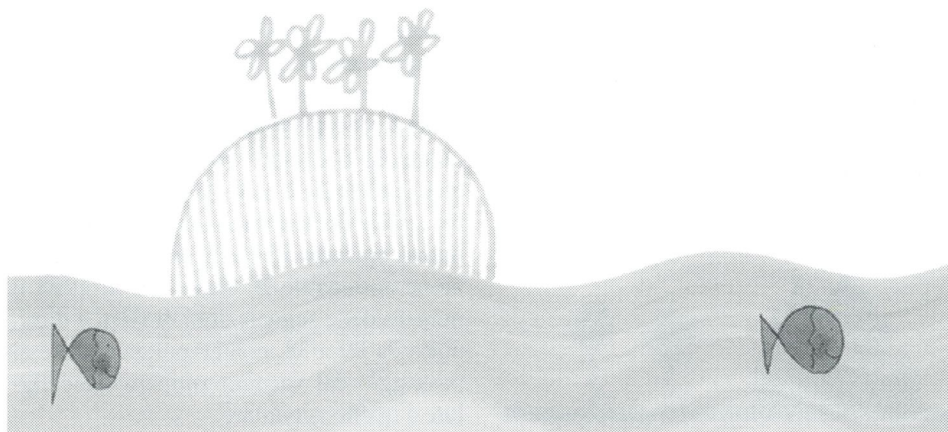
- la formazione di sottogruppi diversamente trattati e poi valutati come se non fossero esistite diversità nel trattamento, che è il rovescio di un altro possibile errore come la formazione di sottogruppi solo dopo la conclusione della ricerca,

- la presunzione che la somministrazione di farmaci, sicuramente attivi a livello cellulare, sia assimilabile all'effetto placebo,

- la mancanza di dati sulla dose e sulla durata del trattamento dei farmaci somministrati.

Questi "peccati" di metodologia sarebbero forse perdonabili in una ricerca innovativa o preliminare; non sembrano esserlo in una ricerca che semplicemente ripete conclusioni già sufficientemente consolidate nella letteratura.

Il lavoro contiene poi un "peccato in più": nel riassunto non viene detto che si tratta di uno studio "riorientato".



MICRONOAN[®]
diazepam

Soluzione rettale

*Pronto
all'uso*

Pratico

*Facile
da usare*

*Subito
efficace*

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



Linea Neuropsichiatrica Ravizza



RAVIZZA

Una bambina con gli anticorpi contro il virus della Mononucleosi

M. Aschettino, R. Crusco, P. Siani, V. Tamaro, F. Ferrara*

A.O.R.N. Ospedale "A. Cardarelli", Napoli - Unità Operativa di Pediatria

*Unità Operativa di Ematologia

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 44-45

In una bambina di 6 anni con febbre alta da molti giorni gli anticorpi anti-EBV sembrano essere risolutivi per la diagnosi ma non stanno insieme con i sintomi. Altri esami.

La storia

Ilaria è una bambina di 6 anni e 9 mesi che si ricovera perché presenta da 12 giorni febbre alta (39°-39,5°C). Per il passato nessuna patologia degna di nota, tranne che episodi di infezioni ricorrenti delle alte vie aeree nei primi tre anni di vita.

Gli esami praticati a domicilio hanno evidenziato allo striscio periferico una spiccata monocitosi (15%); la ricerca degli anticorpi anti EBV è positiva per le IgG e debolmente positiva per le IgM. Il pediatra, pur in presenza di elementi diagnostici per una mononucleosi infettiva (MNI), ha richiesto il ricovero per il persistere della febbre elevata.

Il decorso

Ilaria è in buone condizioni generali (peso kg 29,300 - altezza cm 118) ed ha febbre elevata (39,5° C). Si palpa la milza a circa 2 cm dall'arco costale di consistenza parenchimatosa; il fegato è all'arco costale, non si riscontrano linfadenomegalie, l'orofaringe è moderatamente iperemico. L'emocromo mostra una Hb di g 10/dl, una discreta leucopenia (3.200 GB/mmc), con monocitosi (12%), linfociti (32%) e neutrofili (53%) in percentuali normali per l'età, eosinofili 0,1%. Gli indici di flogosi sono aumentati (VES 63 mm/1h, PCR 56 mg%). Intradermoreazione di Mantoux negativa, normale una radiografia del torace.

L'elettroforesi proteica mostra una notevole ipergammaglobulinemia (28%, v.n. per l'età 16-20%). Due emocolture risultano sterili e la sierodiagnosi di Vidal-Wright è negativa. Gli anticorpi IgG e IgM anti VCA dell'EBV sono presenti. Al sesto giorno di ricovero alla febbre elevata segue una febbricola. Le condizioni generali sono discrete e la bambi-

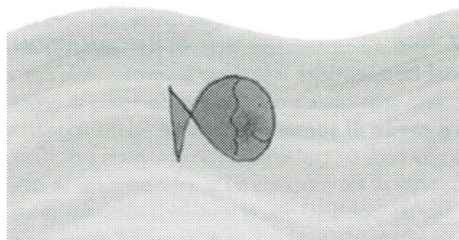
na viene dimessa dopo sette giorni con un programma di controllo.

La diagnosi

Al controllo Ilaria ha ancora febbre, ormai da venti giorni, ed è di nuovo elevata (38,5-39,5°C). Ora la bambina è pallida e sofferente. La milza si palpa a 3 cm dall'arco. Gli esami confermano l'ipergammaglobulinemia, ancora più marcata (30%), la leucopenia (2.700 GB/mmc) con monocitosi (11%). L'Hb è scesa a g 8,9/dl (GR 3.860.000); la conta delle piastrine è normale (220.000/mmc). Gli indici di flogosi permangono elevati (VES 60 mm/1h, PCR 60 mg%). Il dosaggio delle immunoglobuline sieriche mostra un forte incremento delle IgG (2.210 mg%, v.n. 751-1.560 mg%), ma non delle IgA (120 mg%, v.n. 82-350 mg%) e delle IgM (150 mg%, v.n. 46-304 mg%).

Gli anticorpi verso gli antigeni del TORCH sono assenti. Le sottopopolazioni linfocitarie e il rapporto CD4/CD8 sono nella norma; un'ecografia dell'addome conferma la splenomegalia e la modesta epatomegalia, ma non mostra alterazioni morfostrutturali dei due organi. La diagnosi di MNI viene posta in discussione, nonostante la positività delle IgM per EBV: la mettono in dubbio la presenza dell'anemia, della leucopenia e soprattutto della ipergammaglobulinemia che non è mai presente nella MNI e, clinicamente, la mancanza di segni orofaringei e di linfadenomegalie. Queste ultime condizioni fanno pensare a una emopatia sistemica; un ago aspirato midollare mostra la presenza di numerose leishmanie negli istiociti e fa porre diagnosi di "leishmaniosi viscerale".

La bambina trattata con melglumina stibiato sfebbra entro tre giorni.



Commento

La diagnosi di leishmaniosi è difficile all'esordio e, nel caso descritto, è stata ingannevole perché per alcuni giorni la piccola è rimasta quasi sfebbrata facendo accreditare la diagnosi di MNI per la presenza degli anticorpi anti EBV.

Gli elementi a favore della mononucleosi erano dal lato clinico la febbre persistente e la splenomegalia, stavano contro l'assenza di angina e di linfadenomegalie, queste ultime presenti nel 90% dei casi di MNI.

Il laboratorio stava a favore della MNI per la positività degli anticorpi IgM e IgG anti-VCA dell'EBV; questa positività trova spiegazione nell'attivazione policlonale aspecifica dei linfociti B che porta all'ipergammaglobulinemia. Erano contro la leucopenia (nella MNI vi è leucocitosi oltre i 10.000 GB/mm³ in oltre il 90% dei casi) e l'ipergammaglobulinemia.

Abbiamo dovuto quindi trovare la strada diagnostica eliminando via via alcune condizioni:

1. le infezioni con febbre protratta come

tifo e brucellosi sono state escluse perché la sierodiagnosi di Vidal-Wright era negativa;

2. le emopatie sistemiche (leucemie e linfomi) escluse per il reperto di una cellularità midollare del tutto normale. Nel midollo si ritrovarono, invece, le leishmanie, presenti nell'80% dei casi di leishmaniosi viscerale;

3. l'artrite reumatoide sistemica caratterizzata anch'essa da una febbre protratta (che però presenta due picchi giornalieri), da splenomegalia, ma anche da un rash cutaneo e da artralgie, oltre che da indici infiammatori molto elevati e da leucocitosi neutrofila;

4. l'AIDS può presentare febbre, epatosplenomegalia e ipergammaglobulinemia, ma nel caso specifico poteva essere esclusa perché la bambina aveva sei anni e non aveva mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emoderivati.



Cosa abbiamo imparato

Dal caso e dalla letteratura consultata abbiamo imparato:

- che è ragionevole chiamare in diagnosi differenziale la leishmaniosi viscerale, soprattutto nelle regioni dove è endemica (Italia meridionale e isole maggiori), in presenza di una febbre di lunga durata con epatosplenomegalia e ipergammaglobulinemia;

- che la diagnosi può essere confermata dalla presenza delle leishmanie nel midollo oppure, più semplicemente, dalla positività degli anticorpi specifici determinati con un ELISA che utilizza un antigene ricombinante (K39) con una sensibilità e specificità vicine al 100%.

- che nella leishmaniosi può risultare aspecificamente positiva la ricerca degli anticorpi contro il virus di Epstein Barr per l'ipergammaglobulinemia indotta dall'attivazione policlonale dei linfociti B e che questo può essere un elemento confondente.

- che i sintomi della leishmaniosi viscerale (spleno ed epatomegalia, anemia, piastrinopenia) possono non essere presenti tutti nello stesso tempo, ma comparire nel giro di settimane rendendo così più difficile la diagnosi. ■



Bibliografia

(1) Person RD et al. Leishmania species: visceral, cutaneous and mucosal leishmaniasis. In: Mendel GC, Bennett JE, Dolin R eds. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone 1995:2428

(2) World Health Organisation. The leishmaniasis. Technical report series no 743. Geneva WHO, 1990

(3) Calabri GB et al. La leishmaniosi viscerale in età pediatrica in provincia di Firenze. *Ped. Med. Chir. (Med. Surg. Ped.)* 1997;19:441





Zirtec®

cetirizina

SCHEDA TECNICA

1) DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITA' MEDICINALE ZIRTEC 10 mg compresse rivestite con film. **2) COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Ogni compressa contiene: Cetirizina dicloridrato 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) PROPRIETA' FARMACOLOGICHE 5.1) Proprietà farmacodinamiche** La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H₁ 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, la 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 Y-1-7000 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 SPECIALITA' 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 e 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) PROPRIETA' FARMACOLOGICHE** La Cetirizina presenta un effetto antagonista potente, durevole e particolarmente selettivo a livello dei recettori H₁ 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 ó. **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

Antiallergico

 **Zirtec**[®]
cetirizina



Come usare il tiralatte

Rosellina Cosentino, Sergio Conti Nibali*

Consulente in allattamento materno, IBCLC
(International Board of Certified Lactation Consultant)

*Pediatria di base, AUSL 5, Messina

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 48-49

È importante che una mamma che allatta sappia come spremere e conservare il latte, per mantenerne la produzione ed evitare di integrare con latte artificiale. Il pediatra sarà disponibile a parlare e cercare di risolvere le difficoltà che ogni madre incontra nella pratica.

Può essere utile spremere e conservare il latte quando una mamma che allatta si trova nell'impossibilità di potere attaccare il bambino al seno in caso di forzata separazione della madre dal neonato dopo il parto per motivi medici, o per i bambini di basso peso che non succhiano a sufficienza, o quando la mamma ritorna a lavorare o deve assentarsi da casa, o per ridurre la tensione e il dolore al seno provocato da un ingorgo mammario.

Come spremere il latte materno con le mani

Occorre, innanzitutto, stimolare il riflesso dell'ossitocina, l'ormone che agisce prima e durante la poppata e che permette la fuoriuscita del latte; per far questo è consigliabile:

- tenere il seno caldo, facendo impacchi o una doccia;
 - sedersi comodamente;
 - massaggiare con le dita e allungare delicatamente i capezzoli;
 - massaggiare o accarezzare leggermente il seno con un movimento rotatorio in direzione del capezzolo, tenendo la mano chiusa.
- A questo punto, dopo un accurato lavaggio delle mani, la mamma dovrebbe:
- sedersi comodamente e tenere un contenitore di plastica vicino al seno;
 - porre il pollice sopra l'areola e l'indice con l'anulare al di sotto, formando una lettera "C";
 - premere il pollice e l'indice leggermente all'interno verso la parete toracica, per 1-2 cm;
 - spremere fermamente tra l'indice e il pollice la parte del seno che sta sotto l'areola;
 - premere e rilasciare molte volte, senza provocare dolore (se il riflesso dell'ossitocina è attivo, il latte fluisce sin dall'inizio; altre volte occorre attendere qualche minuto prima che fuoriesca);

- ripetere più volte la spremitura rotando di volta in volta la mano in modo da spremere il latte da tutto il seno;

- spremere il seno per almeno 3-5 minuti, fino a quando il flusso rallenta e il latte incomincia a gocciolare, poi spremere l'altro seno. Ripetere l'operazione due o tre volte per lato.

Per spremere il latte in modo adeguato si impiegano, specialmente nei primi giorni, 20-30 minuti. La mamma può usare entrambe le mani per ogni seno, o cambiare mano quando si sente stanca.

Come utilizzare il tiralatte

Se una mamma ha difficoltà a spremere il latte con le mani, o deve spremere il latte per un lungo periodo, può utilizzare un tiralatte.

È importante avere a disposizione un tiralatte efficace, veloce e indolore.

Sarebbe preferibile un tiralatte professionale elettrico; in questo caso si può affittare il compressore elettrico in farmacia e comprare solo il kit doppio personale, kit che può essere utilizzato anche come un comune tiralatte manuale. Il tiralatte a pompetta di gomma non è molto efficiente e in più si contamina facilmente.

Il tiralatte a siringa è più efficiente del tiralatte a pompetta per alleviare l'ingorgo.

Se il latte non defluisce subito aumentare la pressione del tiralatte potrebbe provocare dolore; per far defluire il latte ci vuole pazienza, e bisogna essere rilassate.

I passi da seguire sono i seguenti:

- lavare le mani con acqua e sapone;
- tenere il seno caldo, facendo impacchi o una doccia;
- sedersi comodamente e, se possibile, rilassarsi;
- incominciare a tirare con un'intensità minima, via via crescente.

Ci vuole del tempo perché il flusso del latte sia sufficiente e anche la quantità del latte può variare. Pompaggi frequenti e che svuotano completamente il seno aumentano la produzione del latte. Per mantenere un'adeguata produzione di latte, in assenza di suzione del neonato, bisogna tirare il latte da sei ad otto volte al

giorno, e bisogna tirare almeno 700 cc di latte al giorno.

Il miglior momento per tirare il latte è la mattina, appena sveglie, o quando il neonato non ha svuotato il seno completamente, o dopo 1-2 ore dopo la suzione.

Come conservare il latte

- Riempire il contenitore (di plastica dura o di vetro) per tre quarti;
- aggiungere nello stesso contenitore il latte tirato nello stesso giorno;
- il latte può essere conservato: a temperatura ambiente per 8-10 ore (d'estate è preferibile non superare le 4 ore), in frigorifero per 48 ore, in congelatore per 3 mesi;
- il latte scongelato può stare nel frigo 24 ore;
- il latte si scongela o si riscalda in acqua calda, a bagnomaria. Non si scongela nel forno a microonde per evitare la diminuzione di alcuni componenti essenziali del latte (quali il lisozima e le immunoglobuline) e per evitare di far raggiungere temperature troppo elevate che potrebbero ustionare il lattante.

Pulizia e sterilizzazione del tiralatte

Bisogna rimuovere la valvola della coppa per il seno per togliere la membrana e poterla risciacquare attentamente insieme alla coppa, anche capovolta.

I tubi non vengono a contatto con il latte e devono essere bolliti solo quando presentano tracce di latte.

Al primo utilizzo e una volta al giorno, tutte le parti che vengono a contatto con il seno e con il latte, devono essere smontate, lavate, risciacquate e messe in una pentola sufficientemente grande.

La pentola va riempita con acqua fredda finché tutti i pezzi siano ben coperti e bisogna far bollire l'acqua per tre minuti.

Dopo aver scolato l'acqua, disporre i pezzi bollenti su un panno pulito per raffreddarli e farli asciugare. Invece di farli bollire, si possono mettere i pezzi smontati nella lavastoviglie e lavarli con il programma standard completo.

Dopo ogni uso le parti che vengono in contatto con il latte materno devono essere lavate in acqua tiepida contenente un detersivo delicato e poi risciacquate in acqua fredda.

Lasciate asciugare le parti all'aria sopra un panno pulito. Le tubazioni devono essere appese per asciugare all'aria. ■

ACP PUGLIA E BASILICATA

Castellaneta Marina, 4 - 6 maggio 2001

II INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

Venerdì 4

ore 9.30

- La lettura: giocosa terapia *Boero*
- La tosse *Armenio*
- Il pediatra di famiglia: posologia e effetti collaterali *Baldascini*
- Flash di dermatologia pediatrica *Bonifazi*

ore 15.00-16.00

Un anno dopo...

- I dolori addominali ricorrenti *Magazzù*
- L'enuresi *Mencoboni*

ore 16.00-19.00 Gruppi di lavoro

Sabato 5

ore 9.30

- L'immunoterapia specifica orale: sì o no? *Longo*
- La febbre di origine indeterminata *Maggiore*
- Quiz di dermatologia pediatrica *Bonifazi*
- Il primo soccorso pediatrico *Giardina*
- Il pediatra navigator *Maggio*

ore 15.00-16.00

Un anno dopo...

- Pediatria dello sviluppo *Ciotti*
- L'otite: l'antibiotico può attendere? *Marchetti*

ore 16.00-19.00 Gruppi di lavoro

Domenica 6

ore 9.30

- È meglio ammalarsi da piccolo? *Ugazio*
- L'aria che respiriamo... *Conversano*
- Flash di dermatologia pediatrica *Bonifazi*
- Per un bimbo sano in un ambiente non sano *Panizon*

GRUPPI DI LAVORO

1. Dermatologia pediatrica *Bonifazi*
2. Counselling in pediatria *Baldascini*
3. Protocollo per le infezioni respiratorie ricorrenti *Ugazio*
4. La terapia dell'asma *Longo*
5. Ipertransaminasemie *Maggiore*
6. Disturbi specifici dell'apprendimento *Ciotti*
7. Il pediatra e internet *Maggio*
8. Reflusso gastroesofageo e dintorni *Magazzù*
9. Rianimazione pediatrica: teoria e pratica con manichini; numero massimo 5 per gruppo)

Gruppo tutor M.U.P.

Per informazioni:

Nicola D'Andrea, Osp. Matera - Tel. 0835243323, Fax 0835243293
ACP Puglia e Basilicata: via Sele, 13 Altamura - Tel/Fax 0803149709



Saper fare



L'esame con luce di Wood

Fabio Arcangeli, Maurizio Parisi*

U.O. di Dermatologia e Centro Grandi Ustionati, Ospedale "Bufalini", Cesena

*Pediatria di Base AUSL 6 Palermo

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 50-52

La lampada di Wood ha un basso costo, è di semplice uso, dà un risultato immediatamente fruibile e può essere utile nelle patologie descritte nell'articolo.

La lampada di Wood fu inventata da un fisico di Baltimora, il dottor Robert W. Wood, nel 1903 e fu impiegata per la prima volta in medicina nel 1925 per la diagnosi delle infezioni dermatofitiche del capillizio.

La luce di Wood è una luce ultravioletta (UV), generata da un arco di mercurio ad alta pressione, corredato da un filtro di silicato di bario e ossido di nichel al 9%, il quale consente l'emissione selettiva di luce UV di lunghezza d'onda compresa fra 320 e i 400 nm.

L'osservazione con luce di Wood, che va effettuata in ambiente assolutamente buio, viene tradizionalmente e utilmente impiegata in dermatologia, con finalità diagnostica, soprattutto nei disordini della pigmentazione, e secondariamente in alcune patologie cutanee di natura infettiva e nelle porfirie.

Il basso costo dell'apparecchio, la semplicità di esecuzione e l'immediatezza del risultato rendono questa indagine diagnostica particolarmente adatta ad arricchire il self-help ambulatoriale del pediatra di base.

1. Discromie

Per comprendere l'utilità dell'esame con luce di Wood nelle discromie cutanee, è necessario considerare che essa viene assorbita dalla melanina epidermica e da quella dermica in modo proporzionale alla quantità di melanina presente, mentre produce una fluorescenza, prevalentemente nel range del blu, quando raggiunge il collagene del derma. La luce di Wood esalta una *leucodermia* tanto più è ridotto il contenuto di melanina, così come esalta le *ipermelanosi* da aumento della melanina epidermica, mentre attenua il normale contrasto delle *ipermelanosi* da aumento della melanina dermica. In sostanza, con la luce di Wood le lesioni leucodermiche appaiono nettamente o leggermente più chiare della cute circostante a seconda che la mancanza di melanina epidermica sia totale o parziale,

mentre le lesioni iperpigmentate appaiono nettamente o leggermente più scure della cute circostante a seconda che l'aumento della melanina interessi l'epidermide o il derma.

a) *Leucodermie* Nel campo della diagnostica delle lesioni cutanee leucodermiche (*leucodermia* è il termine che definisce genericamente una "macchia bianca" della cute) l'osservazione con luce di Wood consente nella maggior parte dei casi di orientarsi rapidamente fra:

- leucodermia da assenza di melanina (*amelanosi* o leucodermia melanocitopenica, cioè da assenza dei melanociti che producono la melanina) che mostrerà un bianco luminoso, lattescente e azzurrognolo (reperto Wood ++) per riflessione totale della luce di Wood e fluorescenza;

- leucodermia da riduzione della melanina (*ipomelanosi*, cioè riduzione del normale pigmento melanico e *depigmentazione*, cioè perdita di pigmento melanico preesistente) che mostrerà un bianco meno lucente, più opaco (reperto Wood +/-), per riflessione parziale della luce di Wood;

- *leucodermia non melanotica* (discromia che non implica variazioni quantitative del contenuto di melanina): all'esame con luce di Wood essa non risulterà più visibile (reperto Wood --) poiché assorbirà e rifletterà la luce di Wood in modo esattamente identico alla cute circostante. Così appare il "nevo anemico", una leucodermia dovuta a un difetto di irrorazione sanguigna e quindi a un deficit del pigmento emoglobinico e non di quello melanico.

L'utilità di questo esame in caso di leucodermia è dunque facilmente intuibile: distinguere, qualora ve ne fosse la necessità, la vitiligine e le affezioni che presentano leucodermie melanocitopeniche dalle leucodermie melanopeniche e non melanotiche (*tabella 1*).

Per corrispondenza:

Fabio Arcangeli

E-mail: farcange@iper.net

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE - MICRONOAN 5 Soluzione rettale, MICRONOAN 10 Soluzione rettale.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA - MICRONOAN 5 Soluzione rettale Un microclistere di 5 mg/2,5 ml contiene: *Principio attivo*: Diazepam 5,0 mg MICRONOAN 10 Soluzione rettale Un microclistere di 10 mg/2,5 ml contiene: *Principio attivo*: Diazepam 10,0 mg

3. FORMA FARMACEUTICA Soluzione rettale.

4. INFORMAZIONI CLINICHE - **4.1 Indicazioni terapeutiche** Come antiepilettico: convulsioni incluso convulsioni febbrili nei bambini. Come sedativo: prima di esami e trattamenti esplorativi.

4.2 Posologia e modo di somministrazione Uso rettale: - bambini fino a tre anni: 5 mg - bambini oltre i 3 anni: 10 mg - adulti: 10 mg - pazienti anziani e debilitati: 5 mg. Se necessario, la dose potrebbe essere ripetuta. Nel caso di somministrazione ripetuta nei bambini, dovrebbe essere monitorata la respirazione. Nei bambini di età inferiore ad un anno, diazepam potrebbe essere usato come profilassi intermittente di convulsioni febbrili. La dose usuale è 0,5-1 mg/Kg. Nel trattamento di pazienti anziani o debilitati, le dosi utilizzate non devono superare la metà di quelle normalmente raccomandate. In pazienti con insufficienza polmonare cronica ed in pazienti con disfunzione renale ed epatica, la posologia necessita di essere ridotta. La durata del trattamento deve essere la più breve possibile.

4.3 Controindicazioni Miastenia gravis. Apnea da sonno. Grave insufficienza epatica. Depressione respiratoria acuta. Ipersensibilità verso i componenti o verso altre sostanze strettamente correlate dal punto di vista chimico. Gravidanza. Allattamento.

4.4 Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso In caso di durata insufficiente del sonno, può aumentare la probabilità di una riduzione dello stato di allerta (vedere anche la sezione "Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione"). **Tolleranza** Dopo uso ripetuto per alcune settimane, si può verificare una riduzione dell'effetto ipnoinducente delle benzodiazepine.

Insomnia ed ansia da rimbalzo Alla sospensione del trattamento può verificarsi una sindrome transitoria che consiste nella ricomparsa in forma accentuata dei sintomi che avevano indotto al trattamento con benzodiazepine. Essa può essere accompagnata da altre reazioni quali cambiamenti di umore, ansia o disturbi del sonno ed irrequietezza. Poiché il rischio di fenomeni da sospensione (fenomeni di rimbalzo) è più accentuato dopo una brusca interruzione del trattamento, si raccomanda di diminuire gradatamente il dosaggio. Al pari di qualsiasi psicofarmaco la posologia di MICRONOAN Soluzione rettale deve essere stabilita in funzione della tolleranza molto variabile da soggetto a soggetto nei pazienti con modificazioni organiche cerebrali (specie arteriosclerotiche) o con insufficienza cardio-respiratoria. Poiché le benzodiazepine possono provocare una lieve caduta della pressione arteriosa o in circostanze occasionali una transitoria compromissione respiratoria, dovrebbero essere disponibili misure per sostenere il circolo o il respiro. In caso di trattamento prolungato è consigliabile procedere a controlli del quadro ematologico e della funzione epatica.

Amnesia Le benzodiazepine possono provocare amnesia anterograda. Il più delle volte questo effetto si manifesta parecchie ore dopo l'assunzione del farmaco; per ridurre tale rischio i pazienti devono quindi essere sicuri di poter avere un periodo di sonno ininterrotto di 7-8 ore (vedere anche la sezione "Effetti indesiderati"). **Gruppi particolari di pazienti** Le benzodiazepine non devono essere somministrate ai bambini senza una attenta valutazione della effettiva necessità; pertanto l'uso di MICRONOAN Soluzione rettale va limitato alle indicazioni precedentemente descritte. In ogni caso la durata del trattamento deve essere ridotta al minimo. Nei pazienti anziani deve essere somministrata una dose ridotta (vedere anche la sezione "Posologia e modo di somministrazione"). Una dose inferiore è anche raccomandata per i pazienti con insufficienza respiratoria cronica, a causa del rischio di depressione del respiro. Le benzodiazepine non sono indicate in pazienti con grave insufficienza epatica, poiché questi farmaci possono fare precipitare una encefalopatia. Le benzodiazepine non sono raccomandate quale trattamento primario delle malattie psicotiche. Le benzodiazepine non devono essere utilizzate in monoterapia nel trattamento della depressione o dell'ansia associata a depressione (in tali pazienti può aumentare il rischio di suicidio). Le benzodiazepine devono essere usate con estrema cautela in pazienti con precedenti di abuso di alcool o di stupefacenti. La brusca interruzione della somministrazione di diazepam, nel caso sia protratta nel tempo, può causare sindrome da astinenza, che può comparire fino a 10 giorni dopo. Il microclistere contiene alcool benzilico (1 ml contiene 15 mg di alcool benzilico). La somministrazione di alcool benzilico nei prematuri alla dose di 100 mg/Kg/giorno ha causato gravi ed, in alcuni casi, fatali avvelenamenti con acidosi metabolica. I bambini di età inferiore ai tre mesi dovrebbero essere trattati con diazepam solo in ospedale.

4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione Cimetidina ed omeprazolo riducono la clearance plasmatica di diazepam, con conseguente potenziamento del suo effetto. Disulfiram blocca il metabolismo di diazepam, con il risultato di aumentare le concentrazioni sieriche di diazepam. In presenza di diazepam l'emivita della ketamina è allungata con prolungamento del suo effetto. Rifampicina aumenta la clearance plasmatica di diazepam. Teofillina contrasta l'effetto di diazepam. L'azione sedativa di diazepam è intensificata dall'alcool, ipnotici, neurolettici, antistaminici, clonidina e dagli oppiacei. Si raccomanda di evitare l'assunzione contemporanea di alcool. L'effetto sedativo può essere aumentato se il farmaco viene assunto in concomitanza con alcool. Ciò influenza negativamente la capacità di guidare autoveicoli od usare macchinari. Si raccomanda di evitare l'associazione con farmaci ad effetto depressivo sul sistema nervoso centrale. In caso di uso in associazione con antipsicotici (neurolettici), ipnotici, ansiolitici/sedativi, antidepressivi, analgesici narcotici, farmaci antiepilettici, anestetici e antistaminici sedativi si può verificare un aumento dell'effetto depressivo a livello centrale. Nel caso di analgesici narcotici, si può manifestare anche una accentuazione dell'euforia, che induce ad un aumento della dipendenza psichica. Le sostanze che inibiscono alcuni enzimi epatici (in particolare il citocromo P 450) possono aumentare l'attività delle benzodiazepine. Quest'ultimo effetto si verifica, in misura minore, anche con le benzodiazepine che sono metabolizzate soltanto mediante coniugazione.

4.6 Gravidanza e allattamento Non somministrare nel primo trimestre di gravidanza. Nell'ulteriore periodo, il farmaco deve essere somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. Se per motivi irrinunciabili il farmaco viene somministrato durante l'ultima fase della gravidanza, o ad alte dosi durante il travaglio, si possono prevedere sul neonato effetti quali ipotermia, ipotonia e depressione respiratoria moderata, dovuti al meccanismo di azione del farmaco. Inoltre, i bambini nati da madri che hanno assunto benzodiazepine in maniera cronica durante le ultime fasi della gravidanza possono avere sviluppato dipendenza fisica ed avere qualche rischio di pericolo post-natale. Dato che le benzodiazepine vengono ritrovate nel latte materno, non devono essere somministrate alle madri che allattano.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari La vigilanza, l'attività e la destrezza operativa possono essere indebolite. I pazienti non dovrebbero guidare od operare con macchinari nei giorni in cui il farmaco viene somministrato. **4.8 Effetti indesiderati** Gli effetti indesiderati sono dose-dipendenti e sono generalmente moderati e rari; il più comune è la sonnolenza. Più raramente appaiono vertigini, difficoltà di concentrazione, atassia e diplopia. A questi effetti secondari sono particolarmente sensibili i pazienti anziani. In alcuni casi, è stata riportata inibizione della funzione respiratoria, attenuazione della emozione, riduzione della vigilanza, confusione, astenia, cefalea, debolezza muscolare. Reazioni paradossali come eccitazione, aggressività e allucinazioni si sono verificate rarissimamente. Questi fenomeni possono verificarsi principalmente all'inizio della terapia con benzodiazepine e solitamente scompaiono proseguendo il trattamento. Nei pazienti anziani, trattati ad alte dosi, possono manifestarsi stati confusionali. Occasionalmente sono stati riportati altri effetti collaterali quali: disturbi gastrointestinali, alterazioni della libido e reazioni cutanee. **Amnesia** A dosaggi terapeutici può verificarsi amnesia anterograda, ma il rischio è maggiore con dosi più elevate. Gli effetti amnesici possono associarsi a comportamento inappropriato (vedere anche la sezione "Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso"). **Depressione** Durante l'uso di benzodiazepine possono rendersi manifesti stati di depressione preesistenti. **Reazioni psichiatriche e "paradosse"** È noto che durante l'uso di benzodiazepine possono verificarsi le seguenti reazioni: irrequietezza, agitazione, irritabilità, aggressività, deliri, accessi di ira, incubi notturni, allucinazioni, psicosi, comportamento inappropriato ed altri effetti collaterali di tipo comportamentale. Tali reazioni possono essere abbastanza gravi. La comparsa di queste reazioni è più probabile nei bambini e negli anziani. In soggetti predisposti possono manifestarsi reazioni di ipersensibilità. **Dipendenza** L'uso prolungato di benzodiazepine può portare ad una dipendenza fisica e psichica da questi farmaci. Il rischio di dipendenza aumenta in funzione del dosaggio e della durata del trattamento. E inoltre maggiore nei pazienti con precedenti di abuso di alcool o sostanze stupefacenti. Nei casi in cui si sia sviluppata dipendenza fisica l'interruzione brusca del trattamento provocherà sintomi da sospensione che possono includere cefalea, dolori muscolari, ansia estrema, tensione, irrequietezza, confusione ed irritabilità. In casi gravi possono verificarsi i seguenti sintomi: derealizzazione, depersonalizzazione, iperacusia, intorpidimento e formicolio alle estremità, ipersensibilità alla luce, al rumore ed al contatto fisico, allucinazioni od attacchi epilettici.

4.9 Sovradosaggio Il sovradosaggio di benzodiazepine si manifesta solitamente con vari gradi di depressione del sistema nervoso centrale che variano dalla sonnolenza al coma. Nei casi di lieve entità i sintomi includono sonnolenza, confusione mentale e sedazione, nei casi più gravi i sintomi possono includere atassia, ipotonia, ipotensione, depressione respiratoria, raramente coma e molto raramente morte. Le funzioni cardiovascolari e respiratorie devono essere attentamente monitorate nelle unità di terapia intensiva. Il flumazenil, antagonista specifico delle benzodiazepine, può essere un utile antidoto. Nel trattamento del sovradosaggio da qualsiasi specialità medicinale, è necessario tenere presente che potrebbero essere state assunte più sostanze.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche Diazepam ha attività ansiolitica, sedativa, ipnotica, anticonvulsivante e miorelassante. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** L'assorbimento del farmaco è rapido e completo. Il picco plasmatico di diazepam si ha circa 10-20 minuti dopo la somministrazione rettale della soluzione di diazepam. È metabolizzato nel fegato ed il suo maggiore metabolita, desmetildiazepam, è farmacologicamente attivo. Diazepam si diffonde in tutto l'organismo e passa rapidamente la barriera emato-encefalica. Nel sangue il 96-98% di diazepam si lega alle proteine plasmatiche. **5.3 Dati preclinici di sicurezza** Non sono stati rilevati, negli animali, effetti patologici alle dosi terapeutiche umane. Data la sua bassa tossicità, diazepam possiede un favorevole rapporto rischio-beneficio. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Lista degli eccipienti** Acido benzoico, acqua depurata, alcool benzilico, etanolo, glicole propilenoico, sodio benzoato. **6.2 Incompatibilità** Nessuna. **6.3 Validità** 30 mesi, a temperatura inferiore a 25°C, a confezionamento integro. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Dopo l'apertura del foglio di alluminio conservare a temperatura inferiore a 15°C. **6.5 Natura e capacità del contenitore** - Astuccio contenente 4 microclisteri di polietilene a bassa densità, gialli, di 5 mg/2,5 ml, confezionati singolarmente in buste di alluminio laminato. - Astuccio contenente 4 microclisteri di polietilene a bassa densità, gialli, di 10 mg/2,5 ml, confezionati singolarmente in buste di alluminio laminato. **6.6 Istruzioni per l'uso** **Uso rettale** - Porre il bambino con l'addome sulle vostre ginocchia, con i glutei sollevati. - Togliere la capsula di chiusura dal microclistere e ungere il beccuccio. - Inserire il beccuccio nell'ano. Nei bambini di età inferiore a 3 anni è consigliato inserire nell'ano il beccuccio fino a metà della lunghezza dello stesso, in quelli di età superiore e negli adulti inserire nell'ano il beccuccio per l'intera lunghezza. - Importante: per vuotare il microclistere, il beccuccio deve essere inclinato verso il basso rispetto all'ampolla del microclistere. - Quando il microclistere è vuoto, ritirare il beccuccio continuando a far pressione sull'ampolla del microclistere. - Tenere il bambino nella stessa posizione e stringere i suoi glutei per alcuni minuti onde evitare l'uscita di liquido.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO DUMEX-ALPHARMA A/S - 11, Dalslandsgade - DK-2300 Copenhagen S
Rappresentante per la vendita in Italia:
Ravizza Farmaceutici Spa - Via Europa, 35 - 20053 Muggiò (Milano)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO
- 4 microclisteri di 5 mg/2,5 ml (2 mg/ml) A.I.C. n. 029417019
- 4 microclisteri di 10 mg/2,5 ml (4 mg/ml) A.I.C. n. 029417021

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE
17.12.1998

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO
Marzo 2000



b) *Ipermelanosi* Nel campo delle ipermelanosi circoscritte la luce di Wood, nei soggetti di razza caucasica, permette di distinguere:

- le lesioni dovute ad aumento della melanina epidermica, le quali appariranno ancora più scure rispetto alla cute circostante, poiché assorbiranno la luce di Wood molto di più della cute circostante,

- ipermelanosi secondarie ad un aumento della melanina dermica (in questo caso l'effetto dell'assorbimento da parte della melanina dermica sarà attenuato dalla fluorescenza prodotta dal collagene) le quali risulteranno appena distinguibili rispetto alla cute circostante (*tabella. 2*).

Grazie a ciò l'esame con luce di Wood non solo consente di inquadrare genericamente, nei casi in cui si ritenga necessario, il tipo di ipermelanosi (epidermica o dermica), ma permette anche di evidenziare ipermelanosi epidermiche che potrebbero essere poco appariscenti alla normale osservazione, e ciò può essere prezioso nei bambini portatori di macchie caffè-latte qualora si sospetti una neurofibromatosi.

2. Infezioni

La luce di Wood consente di diagnosticare con facilità l'eritrasma, un'infezione delle pieghe inguino-crurali e ascellari sostenuta dal *Corynebacterium minutissimum*. Questa lesione spesso di difficile differenziazione clinica dalle infezioni dermatofitiche, presenta una tipica fluorescenza rosso-corallo dovuta alle porfirine prodotte dal microorganismo responsabile. Anche le lesioni parassitate della pityriasis versicolor offrono un reperto frequentemente caratteristico all'osservazione con luce di Wood, mostrando una tipica fluorescenza giallo-verde.

3. Porfirie

Infine, nel sospetto di una porfiria, l'esame con luce di Wood delle urine permette di rilevare rapidamente un aumentato contenuto di porfirine urinarie qualora evidenzi una fluorescenza rosso-arancio. ■

Tabella 1. Classificazione delle leucodermie in base al contenuto di melanina e al reperto Wood (riflessione totale ++, riflessione parziale +-, riflessione normale --)

tipo di leucodermia	contenuto di melanina	reperto Wood	come appare la lesione rispetto alla cute circostante
MELANOCITOPENICA			
Vitiligine	assente	++	bianco lattescente
Piebaldismo	assente	++	bianco lattescente
S. di Vogt-Koyanagi-Harada	assente	++	bianco lattescente
S. di Waardenburg	assente	++	bianco lattescente
Atassia-teleangectasia	assente	++	bianco lattescente
MELANOPENICA			
Sclerosi tuberosa	ridotto	+ -	bianco "sporco"
Nevo "depigmentato"	ridotto	+ -	bianco "sporco"
Ipermelanosi di Ito	ridotto	+ -	bianco "sporco"
Pityriasis alba	ridotto	+ -	bianco "sporco"
Tinea versicolor achromians	ridotto	+ -	bianco "sporco"
Post-infiammatoria	ridotto	+ -	bianco "sporco"
lebbra	ridotto	+ -	bianco "sporco"
NON MELANOTICA			
Nevo anemico	normale	--	indistinguibile

Tabella 2. Classificazione delle ipermelanosi in base alla sede dell'aumento di melanina e al reperto Wood (assorbimento molto aumentato ++, assorbimento poco aumentato + -)

tipo di ipermelanosi	aumento di melanina in sede	reperto Wood	come appare la lesione rispetto alla cute circostante
MELANOTICHE			
Macchie caffè-latte	epidermica	++	molto più scura
Nevo spilus	epidermica	++	molto più scura
Melanosi di Becker	epidermica	++	molto più scura
Melanosi post-infiammatoria	epidermica	++	molto più scura
Tinea versicolor chromians	epidermica	++	molto più scura
Incontinentia pigmenti	dermica	+ -	poco più scura
Eritema fisso da medicinali	dermica	+ -	poco più scura
MELANOCITOTICHE			
Lentiggini comuni			
Lentiggini centrofaciali	epidermica	++	molto più scura
S. Leopard			
S. di Peutz-Jeghers			
Nevo blu			
Macchia mongolica	dermica	+ -	poco più scura
Nevo di Ota			
Nevo di Ito			

Bibliografia

- (1) Wood RW. Secret communications concerning light rays. *J Physiol* 1919
 (2) Margat J et al. Aspect de quelques dermatoses en lumière ultraparaviolette. *Bull Soc Med Biol Montpellier* 1925

(3) Arcangeli F et al. *Dermatologia per il pediatra* 1991

(4) Asawanonda P et al. Wood's light in dermatology. *Int J Dermatol* 1999

ACP UMBRIA

Perugia 21 - 23 settembre 2001

XVII GIORNATE PERUGINE

Venerdì 21

ore 10.00 - Pediatria e società
Tavola rotonda sull'abuso all'infanzia
Panizon, Facchin, Baronciani
ore 15.00 - Editoriale
Dal genoma al proteoma *Caio*
Conoscere i geni non basta
ore 16.00 - Dal counselling all'educazione
alla salute *Gangemi*
ore 17.15 - Diarrea post-enterica
e diarrea a specifica *Maggiore*
ore 18.00 - Quo vadis influenza? *Bartolozzi*

Sabato 22

ore 9.00 - Anoressia:
cosa può fare il pediatra? *Vullo*
ore 10.00 - Cortisonici nell'asma:
quando, quali, per quanto tempo? *Longo*
ore 11.15 - Gruppi di lavoro
Gastroenterologia *Maggiore, Ventura*
Anoressia *Vullo, Brunelli, Gualtieri*
Vaccini Bartolozzi
ore 15.00 - Quando curare è meglio
che prevenire *Ventura*
ore 16.00 - Glossario di Evidence Based
Medicine *Mastroiacovo*
ore 17.15 - Gruppi di lavoro
Evidence Based Medicine in pratica
Mastroiacovo, Facchin, Baronciani
Ortopedia del piede *Maranzana*
Dermatologia *Arcangeli*

Domenica 23

ore 9.00 - Tre regole per ogni malattia:
Polmonite, tosse, infezioni urinarie *Panizon*
Eczema, impetigine, psoriasi *Arcangeli*
Celiachia, mal di pancia, diarrea acuta *Ventura*
ore 11.15 - Novità in pediatria *Panizon*

Segreteria scientifica:
Franco Panizon, Alessandro Ventura

Segreteria organizzativa:
QUICKLINE CONGRESSI
Via S. Caterina da Siena 3, 34122 TRIESTE
Tel. 040363586-773737, Fax 040760590,
E-mail: quick@trieste.com

Buona TV

Anna dai capelli rossi

La direzione della rivista ha chiamato questa rubrica "Buona TV". Forse ha inteso che non ci si debba soffermare sulla "cattiva maestra televisione" che - come ha scritto John Condry - "è improbabile che cambi al punto di diventare un ambiente ragionevolmente accettabile per la socializzazione dei bambini". Questo è il motivo per cui queste note si limitano a presentare solo i programmi per bambini dei canali italiani e non ciò che nei canali per adulti eventualmente "fa male" ai bambini.

Stavolta parleremo di un serial *femminile*: "Anna dai capelli rossi" (Rai due, ore 16.00). I serial femminili, cioè dedicati alle bambine, sono pochi, perché mentre gli spettacoli con eroi maschili interessano anche le bambine non è vero l'inverso. La loro scarsa numerosità è quindi un problema di rendita economica. I gusti televisivi si differenziano attorno ai 9-11 anni, quando i bambini iniziano ad imitare le preferenze degli adulti: le bambine vanno verso le telenovelle e i bambini verso le *action adventures*, dove un maschio in genere combatte contro un cattivo (si vedano i Digimon nel numero scorso di *Quaderni acp*).

"Anna dai capelli rossi" è la storia di una bambina che vive in un orfanotrofio fino a 10 anni, quando viene adottata da una coppia di anziani fratelli che vivono al limitare di un bosco: il vecchio Matteo e la burbera Marilla.

Marilla voleva adottare, invece di Anna, un maschio che aiutasse Matteo nei campi. I due fratelli sono burberi-benefici, infatti fanno sacrifici per farla studiare. Anna ha i problemi tipici dell'età delle sue spettatrici (timori, amori, bellezza). Ha un'amica molto affezionata con cui condivide i suoi timori, le sue simpatie per i maschietti e le invidie per

le ragazzine appena più grandi, ammirate spudoratamente dal cattivo maestro; vive molte avventure ed alla fine scoprirà che il compagno di classe più dispettoso è in realtà attratto da lei; si dichiarerà e coronerà un sogno d'amore. È una storia tratta da un racconto di LM. Montgomery ambientato, un secolo fa, nell'Isola di Prince Edward, al largo della costa orientale del Canada (La vera storia di Anna dai capelli rossi. Ed. Mursia). La protagonista ha tutte le caratteristiche pienamente femminili per piacere ad un'età tipica. Anna non è bella, ha un viso buffo, ha le lentiggini ed i capelli rossi ma riesce a cogliere in ogni situazione qualcosa di buono, persino in una cattivissima zia dell'amica Diana che diventerà sua protettrice nel corso degli studi che la porteranno all'Accademia. Il cartone è disegnato con linee armoniche e dolci specialmente nelle puntate di Anna bambina; potrebbe essere stata disegnata da una nonna delle attuali spettatrici. Anche il linguaggio è un po' *démodé*, se non difficile, per una bambina di 10 anni; forse questo fa parte della ricerca di una nicchia televisiva in genere poco coltivata anche se un'audience di circa 1.200.000 non è poi male. Così è la canzoncina, di Tempera ed Albertelli, gradevole come musica ma antica nelle parole. Magari per questo Anna è stata collocata vicino ai Digimon, un cartone preferibilmente maschile. Anna è una storia usata, dunque? Ma è sempre John Condry che dice che in fondo la televisione mostra curiosità autentiche piuttosto di rado. Ma un lato apprezzabile c'è, ed è grande: è uno dei pochi cartoni in cui ci sia un legame fra il lavoro e la vita reale. Come... nel grande Fratello!

Livia Vitali



Vaccino a virus vivi contro Morbillo, Parotite (Jeryl Lynn™) e Rosolia, MSD

Dep. Min. San. il 20/09/2000

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO.

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE. MMR® II, vaccino a virus vivi attenuati contro morbillo, rosolia e parotite.

2. COMPOSIZIONE QUALI-QUANTITATIVA. Un flaconcino monodose di MMR®II contiene: virus vivi attenuati del morbillo (Ceppo EDMONSTON 749D) 1000 TCID₅₀- virus vivi attenuati della rosolia (Ceppo WISTAR RA 27/3) 1000 TCID₅₀- virus vivi attenuati della parotite (Ceppo Jeryl LYNN™) 5000 TCID₅₀.

3. FORMA FARMACEUTICA. Polvere e solvente per sospensione iniettabile.

4. INFORMAZIONI CLINICHE.

4.1. Indicazioni terapeutiche. MMR®II è indicato per l'immunizzazione simultanea contro morbillo, parotite e rosolia a partire dai quindici mesi di età. Si raccomanda di somministrare una seconda dose di MMR®II o di un vaccino monovalente antimorbillo (vedere "Rivaccinazione"). I bambini di età inferiore a 15 mesi possono non rispondere alla componente morbillo del vaccino a causa della presenza in circolo di anticorpi residui contro il morbillo di origine materna; più piccolo è il bambino, minore è la probabilità di sieroconversione. **Donne e adolescenti non in gravidanza.** In donne e adolescenti in età fertile, non immuni, e non in gravidanza l'immunizzazione con il virus vaccinic vivo attenuato antirosolia è indicata se si osservano alcune precauzioni (vedere "Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso"). La vaccinazione di donne non immuni in età fertile conferisce una protezione individuale contro una successiva infezione da rosolia durante la gravidanza, il che a sua volta previene l'eventuale infezione del feto e il conseguente danno congenito da rosolia. Le donne in età fertile devono essere avvisate di non intraprendere una gravidanza per tre mesi dopo la vaccinazione ed informate del motivo di questa precauzione. Si raccomanda di determinare la suscettibilità alla rosolia mediante test sierologici prima di effettuare l'immunizzazione. Se il soggetto è immune, cioè se presenta un tipo di anticorpi specifici antirosolia di 1 : 8 o maggiore (test di inibizione dell'emoagglutinazione) la vaccinazione non è necessaria. Malformazioni congenite si verificano in una percentuale di nati vivi che può arrivare fino al 7%. La loro comparsa accidentale dopo la vaccinazione potrebbe portare ad una errata interpretazione della causa, in particolar modo se il precedente stato immunitario antirosolia del soggetto vaccinato non è noto. Le donne in età postpuberale devono essere informate del frequente verificarsi di artralgia e/o artrite, che compaiono 2-4 settimane dopo la vaccinazione ed in genere regrediscono spontaneamente (vedere "Effetti indesiderati").

Donne nel post-partum. In molti casi è risultato conveniente vaccinare le donne non immuni alla rosolia nell'immediato periodo post-partum (vedere "Gravidanza e allattamento").

Rivaccinazione. I bambini vaccinati prima dei 12 mesi devono essere rivaccinati a 15 mesi di età. In un certo numero di paesi l'autorità governativa ha elaborato delle linee guida per effettuare la rivaccinazione di routine contro il morbillo e per contribuire a prevenire le epidemie di morbillo. Se l'unico obiettivo è la prevenzione di epidemie sporadiche di morbillo, si deve prendere in considerazione la possibilità di una rivaccinazione con un vaccino antimorbillo monovalente (vedere la relativa scheda tecnica). Se esistono dubbi anche sullo stato immunitario per quanto riguarda la parotite o la rosolia, si deve prendere in considerazione la possibilità di una rivaccinazione con un vaccino adatto monovalente o polivalente dopo aver consultato le relative schede tecniche. Il modo migliore di evitare dosi di vaccino non necessarie è assicurarsi che venga conservata una documentazione scritta delle vaccinazioni eseguite e darne una copia a ciascun genitore o tutore del bambino vaccinato.

Uso con altri vaccini. MMR®II dovrebbe essere somministrato ad un mese di distanza dalla somministrazione di altri vaccini. Tuttavia, sono stati usati anche altri calendari vaccinali. Per esempio, l'American Academy of Pediatrics (AAP) ha osservato che, quando è possibile che il paziente non ritorni, alcuni medici preferiscono somministrare la vaccinazione contro difterite, tetano e pertosse (DTP), quella antipolio orale e MMR®II in un solo giorno. In questo caso, bisogna iniettare DTP e MMR®II in siti separati e con siringhe differenti.

4.2 Posologia e modalità di somministrazione. Somministrazione per via sottocutanea.

Non iniettare per via endovenosa. Il dosaggio del vaccino è lo stesso per tutti i soggetti. Una volta ricostituito il vaccino, iniettare l'intero contenuto della siringa pre-riempita (circa 0,5 ml) per via sottocutanea preferibilmente nel lato esterno dell'avambraccio. Non somministrare immunoglobuline (Ig) insieme ad MMR®II.

4.3. Controindicazioni. Non somministrare MMR®II a donne in gravidanza: ad oggi non sono conosciuti i possibili effetti del vaccino sullo sviluppo fetale. Se si pratica la vaccinazione in donne postpuberi, la gravidanza deve essere evitata per i tre mesi successivi alla vaccinazione (vedere "Gravidanza e allattamento"). Reazioni di tipo anafilattico o anafilattoide alla neomicina (ogni dose di vaccino ricostituito contiene circa 25 mcg di neomicina). Anamnesi di reazioni anafilattiche o anafilattoidi alle uova (vedi "Ipersensibilità alle uova"). Qualunque malattia respiratoria febbrile o qualunque altra infezione febbrile in atto. Tubercolosi non trattata in fase attiva. Pazienti in terapia immunosoppressiva. Questa controindicazione non si applica a pazienti che ricevono corticosteroidi come terapia sostitutiva, ad esempio per il morbo di Addison. Soggetti con discrasie ematiche, leucemia, linfomi di ogni tipo o altre neoplasie maligne del midollo osseo o del sistema linfatico. Stati di immunodeficienza primaria o acquisita, compresi pazienti immunodepressi in presenza di AIDS, o altre manifestazioni cliniche di infezioni virali che comportano immunodeficienza nell'uomo, le immunodeficienze cellulari e gli stati ipogammaglobulinemici e disgammaglobulinemici. Soggetti con anamnesi familiari di immunodeficienza congenita o ereditaria, fino a che non venga dimostrata l'immunocompetenza del soggetto che dovrebbe ricevere il vaccino.

Ipersensibilità alle uova. I virus vaccinici vivi del morbillo e della parotite vengono prodotti in colture di cellule embrionali di pollo. Non devono, pertanto, essere vaccinati i soggetti con anamnesi di reazioni di tipo anafilattico, anafilattoide o di altre reazioni immediate (per esempio, orticaria, edema della bocca e della gola, difficoltà di respirazione, ipotensione o shock) successive all'ingestione di uova. I dati indicano che i soggetti con allergia alle uova non di natura anafilattica o anafilattoide non sono a rischio aumentato. Tali soggetti possono essere vaccinati nel solito modo. Non ci sono prove che indichino che i soggetti con allergie ai polli o alle piume siano a rischio aumentato di reazione al vaccino.

4.4. Avvertenze speciali ed opportune precauzioni d'impiego. Un'adeguata terapia comprendente adrenalina deve essere disponibile per l'uso immediato nel caso di una reazione di tipo anafilattico o anafilattoide. Si deve usare la dovuta cautela nel somministrare MMR®II a persone con anamnesi soggettiva o familiare di convulsioni febbrili, danno cerebrale o qualunque altra condizione in cui si debba evitare lo stress dovuto a febbre. Il medico deve tenere sotto controllo l'aumento di temperatura che può seguire la vaccinazione (vedere "Effetti indesiderati"). I bambini o gli adulti giovani che sono stati infettati da virus che causano immunodeficienza nell'uomo, ma che non presentano manifestazioni cliniche conclamate di immunodeficienza, possono essere vaccinati; tuttavia, tali soggetti, una volta vaccinati, devono essere tenuti sotto stretta osservazione per quanto riguarda l'esposizione alle malattie che il vaccino previene, in quanto l'immunizzazione può risultare meno efficace rispetto ai soggetti non infettati. In casi selezionati può essere opportuno verificare i livelli degli anticorpi circolanti, come guida per appropriate misure protettive, inclusa l'immunoprofilassi nel caso l'immunità sia scesa a livelli non protettivi. La vaccinazione deve essere differita di almeno tre mesi dopo trasfusioni di sangue o di plasma o somministrazione di immunoglobuline sieriche umane. Dopo 7-28 giorni dalla vaccinazione, nella maggioranza dei soggetti non immuni si è avuta l'escrezione di piccole quantità di virus vivo attenuato della rosolia dal naso o dalla gola. Non ci sono prove sicure che indichino che tale virus sia trasmesso a soggetti non immuni, venuti a contatto con le persone vaccinate. Di conseguenza la trasmissione attraverso stretti contatti personali, pure essendo accettata come possibilità teorica, non viene considerata un rischio significativo. Comunque, è stata documentata la trasmissione del virus del vaccino della rosolia ai neonati attraverso il latte materno (vedere "Gravidanza e allattamento"). Non c'è nessuna segnalazione di trasmissione di virus vivi attenuati del morbillo o della parotite da persone vaccinate a persone non immuni. È stato segnalato che i vaccini con virus vivi attenuati del morbillo, della parotite e della rosolia, somministrati separatamente, possono deprimere temporaneamente la sensibilità cutanea alla tubercolina. Perciò se si deve eseguire un test alla tubercolina, bisogna eseguirlo prima o contemporaneamente alla somministrazione di MMR®II. Bambini in trattamento antitubercolare non hanno manifestato un'esacerbazione della malattia, quando immunizzati con virus vaccinic vivo del morbillo; non ci sono studi che riportino dati sull'effetto del virus vaccinic del morbillo in bambini tubercolotici non trattati. Come ogni vaccino, la vaccinazione con MMR®II può non dare luogo a sieroconversione nel 100% delle persone non immuni vaccinate.

4.5. Interazioni. Cfr "Indicazioni" - "Uso con altri vaccini".

4.6. Uso in gravidanza ed allattamento. Gravidanza. Non sono stati condotti studi sulla riproduzione animale con MMR®II. Non è noto se MMR®II possa causare danno fetale quando somministrato a donne in gravidanza o interferire con la fertilità. Pertanto il vaccino non deve essere somministrato a donne in gravidanza; inoltre, si deve evitare la gravidanza nei tre mesi successivi alla vaccinazione (vedere "Controindicazioni"). In caso di donne che sono state inavvertitamente vaccinate durante la gravidanza o in caso di gravidanza sopravvenuta entro i tre mesi successivi alla vaccinazione, il medico curante deve essere a conoscenza di quanto segue; 1. nel corso di una indagine durata 10 anni e che ha coinvolto più di 700 donne in gravidanza che avevano ricevuto il vaccino antirosolia nei tre mesi antecedenti o seguenti il concepimento (189 delle quali avevano ricevuto il ceppo Wistar RA 27/3) nessun neonato ha

presentato anomalie compatibili con la sindrome congenita da rosolia; 2. sebbene il virus della parotite sia in grado di infettare la placenta ed il feto, non vi sono prove attendibili nell'uomo che ciò sia causa di malformazioni congenite. È stato dimostrato che anche il virus vaccिनico della parotite infetta la placenta, ma il virus non è stato isolato dai tessuti fetali provenienti da donne non immuni; 3. è stato segnalato che contrarre naturalmente il morbillo durante la gravidanza aumenta il rischio per il feto. In seguito a morbillo contratto naturalmente durante la gravidanza è stato osservato un aumento dell'incidenza di aborti spontanei, nati morti, difetti congeniti e prematurità. Non vi sono studi adeguati sul ceppo (vaccिनico) attenuato del virus del morbillo somministrato durante la gravidanza. Comunque, sarebbe prudente supporre che il ceppo vaccिनico del virus sia anch'esso in grado di indurre effetti collaterali nel feto. Allattamento. Non è noto se il virus del vaccino del morbillo sia escreto nel latte umano. Studi recenti hanno mostrato che le puerpere che allattano, immunizzate con il virus vaccिनico vivo attenuato antirosolia attenuato, possono secernere il virus nel latte e trasmetterlo all'infante in allattamento. Dei lattanti con evidenza sierologica di infezione da rosolia, nessuno ha presentato malattia grave: però un bambino ha presentato un lieve disturbo clinico tipico della rosolia acquisita. Si deve usare cautela quando si somministra MMR® II a donne che allattano.

4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e di usare macchinari. MMR®II non interferisce sulla capacità di guidare e sull'uso di macchinari.

4.8. Effetti indesiderati. Gli effetti indesiderati associati all'uso di MMR®II sono quelli riportati dopo somministrazione dei vaccini monovalenti. Comuni: bruciore e/o dolore puntorio di breve durata nel sito di iniezione. Occasionali: a carico dell'organismo nel suo insieme: febbre (38,3°C o più alta). Cutanei: rash, usualmente di modesta entità ma può essere generalizzato. Generalmente la febbre, il rash, o entrambi, appaiono tra il quinto e il dodicesimo giorno. Rari: a carico dell'organismo nel suo insieme: reazioni localizzate di lieve entità, come eritema, indurimento e aumentata sensibilità al tatto; mal di gola, malessere. Gastroenterici: parotite, nausea, vomito, diarrea. Ematologici e del sistema linfatico: linfadenopatia regionale, trombocitopenia, porpora. Reazioni di ipersensibilità: reazioni allergiche tipo pomfo e arrossamento nel punto di iniezione, anafilassi e reazioni di tipo anafilattoide, orticaria. Muscoloscheletrici: artralgia e/o artrite, usualmente transitorie e raramente croniche (vedere oltre), mialgia. Neurologici/psichiatrici: convulsioni febbrili nei bambini, crisi convulsive non associate a febbre, cefalea, capogiro, parestesie, polineurite, sindrome di Guillain-Barré, atassia. Encefalite/encefalopatia sono state riportate circa una volta ogni tre milioni di dosi. In nessun caso è stato dimostrato che le reazioni sono state effettivamente causate dal vaccino. Il rischio che si verifichino questi seri disordini neurologici, in seguito a somministrazione di vaccino vivo antimorbillo, rimane di molto inferiore al rischio di encefalite ed encefalopatia associato al morbillo naturale (un caso su duemila casi riportati). Cutanei: eritema multiforme. A carico degli organi di senso: forme di neurite ottica, comprese la neurite retrobulbare, la papillite e la retinite; paralisi oculare, otite media, sordità di origine nervosa, congiuntivite. Urogenitali: orchite. Sono stati segnalati casi di panencefalite sclerosante subacuta (SSPE) in bambini che non avevano una storia di morbillo naturale ma che avevano ricevuto il vaccino antimorbillo. Alcuni di questi casi possono essere derivati da un episodio di morbillo non diagnosticato nel primo anno di vita oppure è possibile che dipendano dalla vaccinazione antimorbillo. In base ad una stima effettuata su tutto il territorio statunitense risulta che i casi di SSPE associati alla vaccinazione antimorbillo sono circa un caso per milione di dosi di vaccino somministrate. Questa cifra è assai inferiore a quella osservata con la malattia naturale: 6-22 casi di SSPE per milione di casi di morbillo. I risultati di uno studio retrospettivo caso-controllo, condotto dal "Center for Disease Control" (Centro per il Controllo delle Malattie), suggeriscono che l'effetto globale del vaccino antimorbillo può essere visto in termini di protezione nei confronti della SSPE mediante la prevenzione del morbillo ed il più alto rischio di SSPE che questo comporta. Si sono verificate reazioni locali - caratterizzate da marcato gonfiore, arrossamento e vescicolazioni nel punto di iniezione - e reazioni sistemiche, compresa una forma atipica di morbillo quando sono stati somministrati virus vaccिनici vivi attenuati antimorbillo in soggetti che avevano precedentemente ricevuto il virus vaccिनico ucciso antimorbillo. Nel corso delle sperimentazioni cliniche MMR®II non è stato somministrato in queste condizioni. Raramente sono state riportate reazioni più gravi richiedenti il ricovero in ospedale, comprese febbre alta per un periodo di tempo protratto e reazioni locali estese. Raramente sono stati riportati casi di pannicolite dopo somministrazione di vaccino antimorbillo. Artralgia e/o artrite (usualmente transitorie e raramente croniche) e polineurite sono caratteristiche della rosolia naturale e variano in frequenza e gravità con l'età e il sesso, essendo di maggior importanza nelle donne adulte e di minor importanza nei bambini prepuberi. L'artrite cronica è stata associata all'infezione naturale della rosolia e messa in relazione alla persistenza del virus e/o dell'antigene virale, isolati dai tessuti corporei. Solo raramente i soggetti vaccinati hanno sviluppato una sintomatologia articolare cronica. Nei bambini le reazioni articolari in seguito a vaccinazione sono rare e generalmente di breve durata. Nelle donne l'incidenza dell'artrite e dell'artralgia è generalmente più alta di quella riscontrata nei bambini (bambini: 0-3%; donne: 12-20%), e le reazioni tendono ad essere più marcate e di maggior durata. I sintomi possono persistere per mesi o, più raramente per anni. Nelle ragazze adolescenti l'incidenza delle reazioni appare intermedia tra quella osservata nei bambini e quella osservata nelle donne adulte. Anche nelle donne di 35-45 anni queste reazioni sono generalmente ben tollerate e raramente interferiscono con le normali attività. Queste reazioni si verificano molto meno frequentemente dopo la rivaccinazione che dopo la vaccinazione iniziale.

4.9. Sovradosaggio. Non sono noti dati sul sovradosaggio.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. Classificazione farmaco-terapeutica. Vaccino morbilloso, parotitico ed antirosolia, vivo attenuato. ATC: J07BD52. **5.1. Proprietà farmacocinetiche.** MMR®II (virus vaccिनici vivi del morbillo, della parotite e della rosolia, MSD) è un vaccino a base di virus vivi per l'immunizzazione contro il morbillo, la parotite epidemica e la rosolia (morbillo tedesco). La via di somministrazione del vaccino è intramuscolare o sottocutanea. Una volta ricostituito come indicato, la dose che viene iniettata è 0,5 ml, contenente non meno dell'equivalente di 1000 TCID₅₀ (dose infettante mediana per colture di tessuti) di virus del morbillo, 5000 TCID₅₀ di virus della parotite e 1000 TCID₅₀ del virus della rosolia, secondo l'U.S. Reference. Ogni dose contiene circa 25 mcg di neomicina. Il prodotto non contiene conservanti. Sorbitolo e gelatina idrolizzata vengono aggiunti come stabilizzanti. Studi clinici su 279 bambini sieronegativi per tutti e tre i virus, di età compresa tra 11 mesi e 7 anni, hanno dimostrato che MMR®II è altamente immunogenico e generalmente ben tollerato. In questi studi, una singola iniezione di vaccino ha indotto la produzione di anticorpi antimorbillo inibenti l'emoagglutinazione (IE) nel 95% dei casi, anticorpi neutralizzanti antiparotite nel 96% dei casi, e anticorpi antirosolia IE nel 99% dei soggetti non immuni. È stato dimostrato che, dopo la somministrazione di MMR®II, i livelli anticorpali indotti dal vaccino persistono per almeno undici anni.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. **6.1. Elenco degli eccipienti.** Flaconcino: Diidrogenofosfato di sodio disidratato, idrogenofosfato di sodio, bicarbonato di sodio, milieu 199, milieu minimo di Eagle, neomicina, rosso di fenolo, albumina umana, sorbitolo, diidrogenofosfato di potassio, idrogenofosfato di potassio, gelatina idrolizzata, saccarosio, L-glutamato di sodio. Siringa pre-riempita di solvente: acqua sterile per preparazioni iniettabili 0,5 ml. **6.2. Incompatibilità.** Nessuna. **6.3. Validità.** 24 mesi. **6.4. Speciali precauzioni per la conservazione.** Durante la spedizione, il vaccino deve essere mantenuto ad una temperatura di 10° C o meno, per assicurarsi che non si verifichi perdita di efficacia. Prima della ricostituzione, conservare MMR®II a 2-8°C e al riparo dalla luce. MMR®II mantiene in sé una dose immunizzante pari ad almeno otto volte quella minima anche dopo 6 settimane a 22°C o dopo 1 settimana a 37°C. Si sconsiglia di conservare il prodotto a temperature superiori a 2-8°C poiché in questo caso è difficile tener conto dell'esatta temperatura alla quale è esposto il vaccino e della durata esatta delle esposizioni ripetute al di fuori della refrigerazione.

6.5. Natura e contenuto del contenitore. 1 flaconcino monodose di polvere + 1 siringa pre-riempita di solvente. **6.6. Istruzioni per l'uso.** Avvertenza. Per la ricostituzione, usare soltanto il solvente fornito, poiché esso è privo di conservanti o di altre sostanze antivirali che potrebbero inattivare il vaccino. Ricostituzione. Iniettare tutto il solvente della siringa nel flaconcino contenente la polvere. Agitare bene. Tutto il vaccino così ricostituito va aspirato con la siringa e iniettato per via sottocutanea. I prodotti farmacologici per uso parenterale devono essere ispezionati visivamente prima della somministrazione, per accertarsi dell'assenza di alterazioni nel contenuto e nella colorazione. Una volta ricostituito MMR®II è di colore giallo chiaro. Dopo la ricostituzione si raccomanda di usare il vaccino appena possibile. Proteggere sempre il vaccino dalla luce, poiché l'esposizione alla luce potrebbe inattivare il vaccino. Conservare il vaccino ricostituito nel flaconcino, al riparo dalla luce, a 2-8°C, e di scartarlo se non viene usato entro 8 ore.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO. AVENTIS PASTEUR MSD snc 8 Rue Jonas Salk 69367- LIONE CEDEX 07 FRANCIA - Rappresentante per l'Italia: AVENTIS PASTEUR MSD SpA Via degli Aldobrandeschi 15 - 00163 ROMA - Produttore. MERCK SHARP & DOHME Divisione della Merck & Co., Inc., West Point, PENNSYLVANIA 19486 U.S.A. Ultime operazioni di produzione e controllo: AVENTIS PASTEUR S.A. Campus Merieux 1541 Avenue Marcel Merieux 69280 Marcy L'Etoile Francia **8. NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** AIC n° 026265013 **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** Data di ultimo rinnovo: 15/11/1999 **10. TABELLA DI APPARTENENZA SECONDO D.P.R. 309/90.** Non soggetto a D.P.R. 309/90 **11. REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO.** Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica. **12. DATA DI PARZIALE REVISIONE DEL TESTO.** Novembre 1999



Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita

Il sostegno domiciliare come fattore protettivo

Francesco Ciotti

U.O. di Neuropsichiatria Infantile, AUSL Cesena

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 2: 56-58

I programmi di sostegno domiciliare delle famiglie a rischio sociale hanno una dimostrata efficacia sull'interazione madre-bambino e sulle competenze genitoriali. L'effetto protettivo non presenta differenze tra i programmi che utilizzano assistenti domiciliari parasanitari o volontari, purché formati da un breve corso.

Sin dal 1976 Kempe (1), richiamandosi alla tradizione delle visite a domicilio delle assistenti sanitarie europee a tutti i neonati, proponeva che negli USA ogni madre dovesse avere un sostegno domiciliare da parte di personale "paraprofessionale", per accompagnare la famiglia dalla gravidanza all'età scolare del bambino; scopo principale era quello di prevenire l'abuso infantile.

Nel 1984 John Bowlby (2), in un celebre articolo sulla violenza nella famiglia, illustra il programma inglese di visite domiciliari (*Home-Start*), destinato ad offrire sostegno, amicizia e assistenza pratica a giovani famiglie in difficoltà. In questo programma il personale, costituito da volontarie, lavora in stretto collegamento coi servizi statali e con la consulenza di un professionista. Ogni volontaria è una madre che si impegna a fare visite regolari ad una o al massimo a due famiglie, con lo scopo di stabilire rapporti in cui è possibile condividere tempo e comprensione. Le assistenti volontarie, di età compresa tra 30 e i 45 anni, frequentano un corso di preparazione di un giorno la settimana per 10 settimane e ricevono una regolare supervisione. Questo programma presenta molti vantaggi: le volontarie passano nella casa della famiglia circa sei ore a settimana; si incontrano con la madre su un piano di parità e possono contribuire alle attività casalinghe; confrontano osservazioni e parlano di esperienze avute coi propri figli; qualche volta sono disponibili ad essere chiamate la sera o nei fine settimana. Spesso le visite iniziano quando la madre è ancora incinta. La maggioranza delle madri visitate è giovane, impulsiva, isolata, e non ha mai sperimentato attenzioni e sicurezza. La volontaria parla e gioca anche col bambino, incoraggiando con l'esempio la giovane mamma ad un'interazione che non fa parte della sua esperienza. Quando si è sviluppata fiducia e confidenza, la volontaria può colla-

borare, aiutando la giovane madre ad apprendere capacità domestiche fondamentali. Delle 58 famiglie che diedero una valutazione su loro stesse dopo quattro anni di esperienza, 47 (85%) sostenevano che c'era stato un cambiamento notevole in positivo, 6 che c'era stato qualche cambiamento e solo 2 che non c'era stato alcun cambiamento.

Nel 1990 Chapman e coll. (3), dell'Università del North Carolina (USA), passano in rassegna i programmi di sostegno domiciliare condotti negli USA su popolazioni femminili a rischio. In particolare valutano gli studi sui programmi con presa in carico sin dalla gravidanza e fino ad almeno il primo anno di vita del bambino, con un follow-up a distanza basato su criteri di successo predefiniti e con gruppo di controllo randomizzato non seguito. Dei sette studi esaminati, quattro, iniziati tra il 1977 e il 1983, rispondono ai requisiti considerati e si rivolgono quasi tutti a donne di paesi rurali o semirurali, primipare e con fattori di rischio (età minore a 19 anni e/o single e/o con basso reddito). I quattro studi, eterogenei quanto a personale impiegato (nurse, volontarie, paraprofessionali pagati) e a finalità, mostrano risultati statisticamente migliori, per i criteri predefiniti di successo, nel gruppo di donne seguito rispetto a quello non seguito.

Il Parent Infant Project (PIP) del Colorado mostra una migliore interazione madre-bambino a quattro anni di età.

Il Rural Alabama Pregnancy and Infant Health (RAPIH) mostra che il gruppo seguito ha maggiormente utilizzato i servizi sanitari ed ha effettuato più visite prenatali.

Il Resources Mothers (RM) del South Carolina mostra che le donne seguite hanno neonati di maggior peso e utilizzano meglio le visite prenatali.

Infine il Prenatal Early Infancy Project (PEIP, denominato anche Elmira Project dalla città rurale dello Stato di New York ove

si è svolto), condotto da Olds e coll. (4) con un programma di sostegno domiciliare fino al 2° anno di vita, condotto da nurse esperte e con il follow-up a lungo termine più prolungato, che dura tuttora, mostra che le donne seguite hanno meno parti pretermine, neonati di maggior peso, migliori comportamenti materni, maggior uso dei servizi sanitari e sociali della comunità, meno casi di abuso e trascuratezza infantile.

Nel 2000 Kendrick e coll. (5) dell'Università di Nottingham (UK) conducono una revisione sistematica della letteratura su tutti gli studi con controllo randomizzato comparsi tra il 1966 e il 1996, per valutare l'efficacia dei programmi di sostegno domiciliare sul miglioramento della qualità della genitorialità e dell'ambiente familiare. In 1.218 articoli su questo tema, gli autori selezionano 34 studi metodologicamente corretti e valutabili. Di questi 34 studi, 17 usano come valuta-

zione di esito la scala HOME di Caldwell (6), somministrata da un intervistatore esterno e basata in parte sull'osservazione diretta e in parte su una intervista con la madre, condotta a domicilio, con l'obbligatoria presenza del bambino. La scala è composta da sei subscale che misurano diversi aspetti dell'ambiente familiare: 11 items riguardano la capacità di risposta verbale e motoria della madre, 8 items il non ricorso a misure restrittive e punitive, 6 items l'organizzazione dell'ambiente familiare, 9 items la disponibilità di materiali da gioco appropriati, 6 items il coinvolgimento della madre col figlio, 5 items le occasioni di variazione degli stimoli nella vita quotidiana; in tutto 45 items con un punteggio massimo positivo di 45 punti. I 17 studi appaiono assai eterogenei: 2 sono rivolti a neonati pretermine o di basso peso, 2 a bambini con scarsa crescita postnatale, 13 a condizioni materne a rischio di vario tipo, che vanno dalla

tossicodipendenza alla giovane età, al non matrimonio, al gruppo afro-americano, al basso livello socioeconomico. Le visite domiciliari sono condotte da nurse in 10 casi, da educatori in 4 casi, da altre madri in 3 casi; la frequenza delle visite è molto varia, da settimanale a mensile o più; il periodo di follow-up va da un minimo di 6 mesi a un massimo di 4 anni.

Nello studio di Kendrick e coll., 12 di questi 17 studi, che riportavano media e deviazione standard o valore di *p* della scala HOME, sono entrati in una meta-analisi con l'uso del metodo Fisher: il risultato conferma ($p < 0,001$) che i programmi di sostegno domiciliare sono efficaci nel migliorare la qualità dell'ambiente familiare misurato dalla scala. Quattro studi sono stati scartati in quanto non riportavano i valori della scala HOME somministrata, tuttavia è stato scartato anche lo studio metodologicamente più rigoroso e con follow-up più a lungo ter-

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.



mine, quello di Olds e coll. (7), che, pur non riportando significatività, mostra chiaramente un punteggio alla scala HOME del tutto identico fra gruppo non seguito (pt 39,7) e gruppo seguito (pt 39,7). Dei 17 studi citati con scala HOME, 10 riportano anche altre misure di esito relative alla genitorialità, con particolare riguardo alla qualità della interazione madre-bambino e alle misure educative relative alla disciplina: in 4 studi non ci sono differenze significative, in 6 studi le differenze sono significative in favore del gruppo seguito. In particolare l'Elmira Project di Olds e coll., a quattro anni di follow-up, evidenzia che: le madri seguite hanno un atteggiamento più positivo e si mettono meno in conflitto coi figli; usano meno punizioni e utilizzano giocattoli più adatti; hanno meno episodi di abuso verso i figli; tendono più frequentemente a tornare a scuola per diplomarsi e hanno occupazioni più durevoli; i figli sono portati meno al pronto soccorso per incidenti e intossicazioni.

Kendrick e coll. passano anche in rassegna gli altri 17 studi che utilizzano soltanto misure di esito diverse dalla scala HOME: in 12 studi su 17, la qualità della interazione madre-bambino, intesa come quantità di interazione, responsività ai segnali del bambino, conversazione col bambino, coinvolgimento e incoraggiamento del bambino, è migliore nel gruppo seguito; in 3 studi su 7 la madre usa meno strategie punitive verso il bambino; in 4 studi su 5 i genitori seguiti hanno migliori aspettative verso il figlio; in 3 studi su 5 le madri seguite forniscono migliori stimolazioni ludiche, alla lettura e allo studio. In totale sui 34 studi esaminati, solo 8 non dimostrano alcun effetto positivo del sostegno domiciliare sull'ambiente familiare; questi ultimi non si differenziano dagli altri né per i partecipanti, né per l'intervento, né per il tipo di visitatore domiciliare. In particolare è vero che l'esito dei programmi condotti da madri non professioniste è sovrapponibile a quelli condotti da nurse e che più il follow-up è

distante dall'intervento, più le differenze tra gruppo campione e gruppo controllo si attenuano. Quest'ultima affermazione è contraddetta dal follow-up a 15 anni di distanza dell'Elmira Project condotto da Olds e coll. (8): le famiglie seguite nei primi due anni di vita del bambino fanno registrare su quel bambino, nei 15 anni monitorati attraverso le segnalazioni al CPS (Child Protective Service), la metà dei maltrattamenti registrati nelle famiglie di controllo non seguite.

Il follow-up (9) dimostra che all'interno di questo gruppo vi è un sottogruppo di famiglie con condizioni di rischio aggiuntive tali da annullare l'effetto protettivo del sostegno domiciliare. Questo fattore di rischio aggiuntivo riguarda il 21% delle donne seguite, in particolare quelle che hanno un numero di conflitti domestici col partner, espressi da aggressioni fisiche, superiori a 28 nei 15 anni. Il follow-up mostra chiaramente come l'effetto protettivo del programma domiciliare decresca parallelamente all'aumento dei conflitti domestici violenti. L'équipe di Olds conclude il suo ultimo lavoro, raccomandando perciò che il sostegno domiciliare alle famiglie a rischio si occupi non solo della relazione madre-bambino, ma anche della relazione tra la madre e il suo partner convivente, anche se non ufficialmente sposato.

Rispetto al follow-up a lungo termine, sono interessanti anche le conclusioni di un altro recente lavoro randomizzato condotto a Boston da Karlen Lyons-Ruth (10), che riferisce di un Progetto di Supporto Familiare con servizio settimanale di visite domiciliari da parte di madri esperte a madri di basso reddito, socialmente isolate e a rischio depressivo, in un periodo compreso tra i 5 e i 18 mesi di vita del bambino, con follow-up fino ai 5 anni di età. Lo studio rileva nella depressione materna, misurata dalla scala CES-D di Randoff (11), il fattore di rischio predittivo più forte per attaccamento insicuro madre-bambino, per ritardo cognitivo a 18 mesi di vita, per comportamenti problematici complessivi e per condotte ostili verso i coetanei della scuola materna a 5 anni di età. Le visite domiciliari effettuate al gruppo trattato esercitano un fattore protettivo importante, determinando un

aumento significativo dell'attaccamento sicuro, del quoziente intellettivo a 18 mesi e dei comportamenti sani coi coetanei a 5 anni. L'effetto protettivo è tanto più alto, specie negli esiti a lungo termine, quanto più il programma di supporto domiciliare si è prolungato fino ai 18 mesi di età del bambino, mentre è indipendente dal tipo di assistenza domiciliare fornita.

In conclusione è vero che ci sono cose che ancora non si sanno, ma è anche vero che ci sono molte cose che si sanno e non si fanno. È forse venuto il tempo di farle. Oggi il non farle equivale a una grave forma di trascuratezza delle istituzioni verso i bambini e le famiglie a rischio sociale. ■

Bibliografia

- (1) Kempe C. Approaches to preventing child abuse: the health visitors concept. *Am. Dis. Child.* 1976; 130:130
- (2) Bowlby J. Family violence. *Am. J. Psychoanalysis* 1984;44:1 (traduzione italiana in: La violenza nella famiglia *Terapia Familiare* 1986;20:19)
- (3) Chapman J et al. Home visitors and child health: analysis of selected programs. *Pediatrics* 1990;85: 1059
- (4) Olds D et al. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;77:16
- (5) Kendrick D et al. Does home visiting improve parenting and the quality of home environment? A systematic review and meta-analysis. *Arch. Dis. Child.* 2000;82:443
- (6) Caldwell B et al. Home observation for measurement of the environment: administration manual. University of Arkansas Press, Little Rock, 1984 (traduzione italiana in: *Medico e Bambino* 1988;8:59)
- (7) Olds D et al. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25-50 months of life? *Pediatrics* 1994;93:89
- (8) Olds D et al. Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15 year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637
- (9) Eckenrode J et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000; 284:1385
- (10) Lyons-Ruth K. Dalla nascita all'età scolare: l'influenza dei fattori materni, dell'attaccamento infantile e dell'intervento preventivo sullo sviluppo del bambino a rischio sociale. *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale* 1999;1:2,164
- (11) Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1,13:385 (traduzione italiana in: *Fava G.* Versione italiana del CES-D per la valutazione degli stati depressivi *Organizzazioni Speciali, Firenze*)

Protezione e sicurezza.



Vaccino a virus vivi contro Morbillo, Parotite (Jeryl Lynn™) e Rosolia, MSD



Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTEROGERMINA[®]

lo recupera e lo mantiene.



sanofi~synthelabo
otc