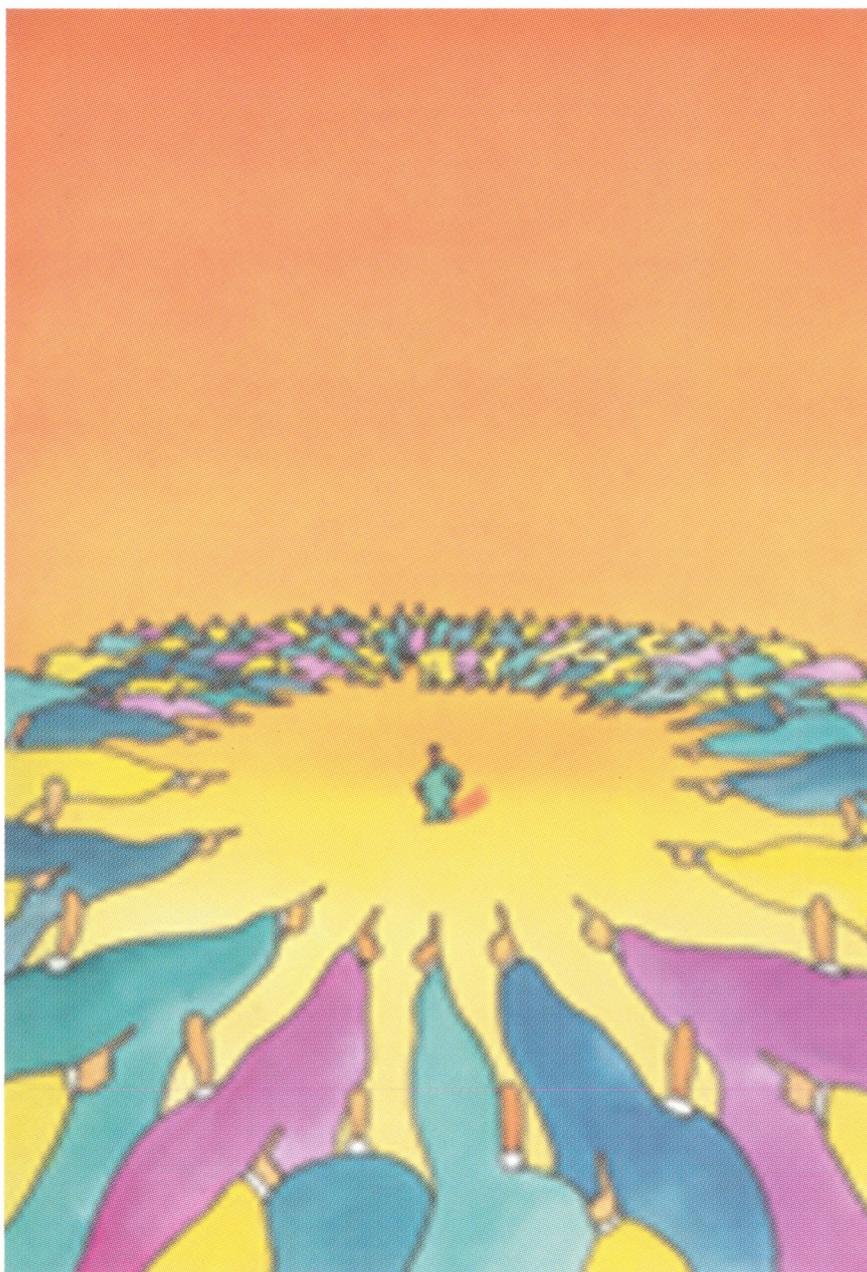


Quaderni acp

volume VIII - numero 4

www.acp.it

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



Luglio - Agosto 2001

In Italia c'è una politica per la salute?

*Prevalenza dell'allattamento al seno
nella Regione Emilia Romagna*

*L'interpretazione popolare
delle malattie infantili*

*Sperimentazione clinica in pediatria
territoriale: le nostre proposte*

*Il Wall Street Journal
attacca l'UNICEF*

Globalizzazione e salute

*Stagioni della genetica,
stagioni dell'etica*

*Fattori genetici
e patologia del neonato*

*Quando utilizzare il test genetico
per la diagnosi di fibrosi cistica*

La polio nel mondo e in Italia oggi

*Crisi di assenza in una bambina
con gastroenterite*

Per i bambini in bicicletta

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 antigeni ricombinante umano**

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

2000

Uso di antigeni ricombinante umano

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

Eurospital®

Sommario

Luglio - Agosto 2001 volume VIII, numero 4

Editoriale

- 6 In Italia c'è una politica per la salute?
Giancarlo Biasini

Congressi controluce

- 8 Milano - Contro lo sfruttamento minorile
9 Parigi - Farmaci per i bambini d'Europa
9 Castellaneta - Pediatri meridionali:
anno secondo post Copanellum

Ricerca

- 12 Prevalenza dell'allattamento al seno
nella Regione Emilia Romagna
Chiara Cuoghi et al.

Letture

- 16 L'interpretazione popolare delle malattie infantili
Giancarlo Cerasoli

Libri

- 18 Amato Lambertini, Geppino Fiorenza, Paolo Siani,
Giancarlo Siani giornalista per la verità
Antonio Franchini, *L'abusivo*
19 Bianca Pitzorno, *Tornatras*
19 Henry Roth, *Chiamalo sonno*

ACP Nazionale

- 20 Sperimentazione clinica in pediatria
territoriale: le nostre proposte
Direttivo ACP

Osservatorio internazionale

- 22 Il Wall Street Journal attacca l'UNICEF
Marina Spaccini

Film per ragazzi

- 24 La stanza del figlio
Italo Spada

Info

- 26 Le dosi di radiazioni degli esami
26 Dipartimenti fragili
26 Accessi alle strutture di Pronto Soccorso
27 Troppi raggi ai bambini con la TAC
27 "Botte" ai pediatri
27 Terapia sbagliata per i bambini
27 Cala l'uso del GH in Piemonte
27 Laura Bush per "Nati per Leggere"
27 Libri per ragazzi: nomination 2000

World-Info

- 28 USA - Medicina alternativa e MICI
28 USA - I primi atti di Bush sulla salute
28 USA - Assicurazioni e salute pubblica
28 USA - L'Antitrust e i cartelli dei farmaci
29 EUROPA - Forza Italia, Forza Scienza!
29 USA - Le sottrazioni di Bush

- 29 G8 - AIDS e bombardieri B2
29 UK - Traumi cranici minori
29 BRASILE - Grazie per le firme
29 UK - Streptococco

Salute pubblica

- 30 Globalizzazione e salute
Giorgio Tamburlini

Lettere

- 34 Alcune precisazioni su accreditamento
e pediatri
Leo Venturelli
34 Screening neonatale della sordità:
in Liguria si ricomincia
Paolo Durand
35 Malastampa
Anna Cartocci

ACP News

- 36 Nati per Leggere alla Fiera del Libro
Stefania Manetti
36 Corso ACP su metodologie formative
Maria Francesca Siracusano

Leggere e fare

- 38 Stagioni della genetica, stagioni dell'etica
Sandro Spisanti
39 L'esame delle urine. Quale affidabilità?
Rosario Ferracane

Aggiornamento avanzato

- 42 Fattori genetici e patologia del neonato
Mariano Pergola

Saper fare

- 47 Quando utilizzare il test genetico
per la diagnosi di fibrosi cistica
Graziella Borgo

Il punto su

- 50 La polio nel mondo e in Italia oggi
Luisella Grandori

Un po' per gioco

- 52 Patata & Carota, studio pediatrico associato
Lucio Piermarini

Il caso che insegna

- 56 Crisi di assenza in una bambina
con gastroenterite
Angela Caponnetto, Mauro Pocecco

Informazioni per genitori e pazienti

- 58 Per i bambini in bicicletta
Sergio Conti Nibali

**L'infezione
pneumococcica
può diffondersi
velocemente.**



Deposito presso il Min. San. in data 10/05/2001

Prevenar*

Vaccino pneumococcico coniugato, eptavalente

Il primo e unico vaccino pneumococcico eptavalente coniugato, efficace e sicuro per la prevenzione delle meningiti, setticemie, polmoniti e otiti ricorrenti causate da pneumococco nel bambino da 0 a 5 anni.

- Verifiche cliniche su larga scala (39.530 soggetti)
- Efficacia protettiva del 97,4% nei confronti delle patologie invasive quali meningiti, sepsi, batteriemie, polmoniti batteriemiche
- Elevato profilo di tollerabilità
- Conferisce memoria immunologica in bambini al di sotto dei due anni di età

(Black S et al *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 187-195)
(Eskola S et al *NEJM* 2001, Vol 344, N. 6, Feb 8)

WYETH LEDERLE
VACCINI

NUOVE GENERAZIONI NUOVA PROTEZIONE



* marchio depositato

Quaderni acp

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

Associazione Culturale Pediatri

Luglio - Agosto 2001 volume VIII, numero 4

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Responsabile esecutivo

Salvo Fedele

Comitato editoriale

Maurizio Bonati
Antonella Brunelli
Sergio Conti Nibali
Nicola D'Andrea
Rosario Ferracane
Michele Gangemi
Lucio Piermarini
Paolo Siani
Francesca Siracusano

Redazione

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

Collaboratori abituali

Giancarlo Cerasoli
letture

Francesco Ciotti

scuola e società

Giuseppe Cirillo

salute pubblica

Carlo Corchia

statistiche correnti

Luciano de Seta

il caso che insegna

Italo Spada

film per ragazzi

Organizzazione

Giovanna Benzi

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 n° 8949

In questo numero
l'illustrazione di copertina
e le illustrazioni all'interno sono
di Emanuele La
Medica tratte da
"Fare & Disfare"
edito da IPSOA.



INDIRIZZI

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10 - 47023 Cesena
Tel. e Fax 054729304 E-mail: gcbias@tin.it

Redazione e direzione esecutiva

via Galileo Galilei 22 - 90145 Palermo
Centro per la Salute del Bambino - ONLUS
Unità locale di Palermo
Tel. e Fax 0916810715 E-mail: sfedele@tin.it

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6 - 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401 Fax 0783599149 E-mail: fdessi@tin.it

Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

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>

In Italia c'è una politica per la salute?

Giancarlo Biasini

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

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 6-7

Nei paesi di grandi tradizioni democratiche le campagne elettorali servono per mettere a punto proposte programmatiche precise che vengono sottoposte al giudizio degli elettori.

Non di rado singoli candidati espongono idee-guida sulle quali impegnarsi.

Nella scorsa campagna elettorale italiana i temi della sanità hanno offerto occasione per contrapposizioni spesso banali e sempre imprecise, mentre i grandi temi della salute comunitaria sono stati sostanzialmente assenti.

Oggi, a distanza di mesi e giudicando anche l'evoluzione della discussione, si deve proprio riconoscere che il livello che ha caratterizzato l'approfondimento dei programmi per la sanità durante la campagna elettorale è stato assai modesto. Si è pagato, da destra e da sinistra, una specie di tributo ad alcune parole d'ordine come "Aziendalismo, Qualità, Efficacia, Federalismo". I contendenti si sono sostanzialmente limitati ad affrontare il problema esclusivamente sul piano della normativa sanitaria e delle modalità di finanziamento del sistema. Questo è assolutamente sottofinanziato rispetto agli altri paesi della UE, anche se nessuno lo dichiara: la sinistra perché lo ha sottofinanziato durante il suo governo e la destra perché continuerà a sottofinanziarlo. In fondo se si dovesse coprire interamente l'attuale (estate 2001) deficit si passerebbe, per la spesa sanitaria pubblica, dal 5,4% al 5,9% del PIL che è ancora sotto la media europea: i nostri vicini, Francia e Germania, sono senza scandalo al 7,3% ed al 7,9%. Anche i corrispondenti stranieri hanno concordato che le differenziazioni "ufficiali" fra destra e sinistra in materia di sanità sono state tutt'altro che laceranti. Si è discusso sugli sfondamenti, sui ticket, sui bonus, sui rientri di spesa: su quello che un esperto inglese, John Forbes, ama chiamare "*impulsive remedial therapy*". Sui "Bonus" per la salute, che sembrerebbero essere stati la vera innovazione presentata dalla "Casa delle libertà", e sui loro rischi e vantaggi è mancata una buona discussione; lo stesso sui fondi integrativi, sul mitico rapporto pubblico/privato e sull'intra/extramoenia. Il nuovo ministro della sanità nelle sue prime interviste ha indicato quest'ultimo come il campo al quale dedicherà i suoi "*maggiori sforzi per risvegliare l'orgoglio professionale dei medici*" (ma può essere

rassicurante che il ministro della sanità sia stato il solo primario italiano a non essere andato in pensione, come tutti i suoi coetanei, allo scoccare del 67° anno?). Parlando di "*recupero di dignità dell'extramoenia*" il ministro ha eluso la domanda della U.I.L. se, con la fine di per sé ragionevole della discriminazione di carriera degli extramoeniali, cadranno parimenti i succosi benefici economici concessi dalla Bindi all'85% dei medici intramoeniali ospedalieri e no.

Sembra ancora una volta difficile per gli esercenti del mestiere della politica di destra e di sinistra uscire dalla visione burocratica e comprendere che il problema della salute ha due facce: l'una riguarda l'assistenza sanitaria al singolo cittadino che, essendo politicamente redditizia, è pignolescamente frequentata; l'altra riguarda la salute delle popolazioni che, essendo sempre più chiare in rapporto con il controllo dei determinanti della salute, è sostanzialmente ignorata o, quando è affrontata, lo è su problemi clamorosi, ma scientificamente tuttora indimostrati, come quello dell'elettromog malamente frequentato da alcuni ministri del governo Amato. Ci sono richiami alla salute di popolazione nei PSN (i PSN periranno con la devolution), ma non è sulla opportunità di realizzarli o di abbandonarli che ferve il dibattito. Né ferve su quel misero 5% delle risorse destinato ai programmi di promozione della salute che è certo "bisogno", ma non riesce a trasformarsi in "richiesta" di salute. Quanti dei bisogni di salute sono solo un problema del singolo da affidare al medico e quanti sono problemi della comunità che vanno per larga parte al di fuori dell'ambito d'influenza dei medici?

Su questa rivista abbiamo cercato di mettere sotto l'occhio dei nostri lettori il dibattito che si svolge attorno ai determinanti della

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

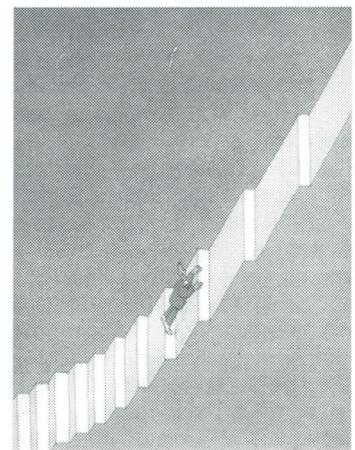
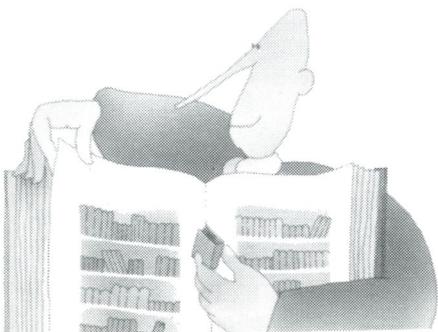
salute in ambito internazionale, ma non in Italia. È oramai comunemente accettata l'opinione che ci sono elementi e, per conseguenza, azioni che influiscono fortemente sulla salute e che vanno ben oltre il "sanitario". Di questo si discute assai poco nel nostro paese sia a livello politico che culturale; pochissima eco ha avuto, del tutto recentemente, una ricerca internazionale pubblicata su *The Lancet* che continua a provare quel che già si sapeva da tempo: cioè che anche l'Italia ha tuttora disuguaglianze socioeconomiche che si riflettono in differenze di mortalità dei lavoratori manuali fra Nord e Sud, ma anche fra Sud e Sud. Perfino la prudentissima FNOMCeO ha richiamato l'attenzione del nuovo governo sui rischi di un'accentuazione di questo divario, sottolineando che qui la taumaturgia del "mercato" non c'entra proprio. Non è emerso, nell'ambito della discussione della politica sanitaria, alcun cenno sull'ipotesi che, in base alle proposte dei paesi industrializzati dell'OCSE, potrebbe essere possibile in futuro la presenza negli Stati d'istituzioni internazionali for profit, che dovrebbero essere garantite dal WTO e che si dedicheranno alla cura delle malattie; questa presenza potrebbe determinare eventi tuttora difficilmente immaginabili, come ha scritto Giorgio Tamburlini sullo scorso numero di *Quaderni acp* (2001;3:33). L'Europa sta per approvare un organismo che concede alle ditte l'esercizio di un potere di veto sulle decisioni di parlamenti e governi dei singoli Stati, che possono rappresentare un "onere non necessario" per le libertà del commercio anche nel campo della salute e dell'ambiente.

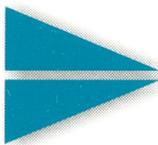
Poco o nulla discusso è il rapporto della salute con la situazione culturale, con le infrastrutture pubbliche (non solo con i

servizi sanitari, ma anche con i trasporti, con l'accessibilità, il controllo ambientale, la vivibilità urbana, ecc.), con la disponibilità dei beni (qualità dell'alimentazione, disponibilità di case, lavoro, biblioteche pubbliche, scuola, libri in famiglia ed altri fattori protettivi), con la coesione sociale garantita sia dall'intervento pubblico che dagli organismi non profit (capitale sociale). È oramai largamente accettato che la carenza di capitale sociale, di reti relazionali, l'assenza d'organismi non profit può disintegrare perfino la bontà delle infrastrutture, la disponibilità dei beni sanitari e così via. Nessuna eco ha avuto la discussione se siano le disuguaglianze economiche di per sé a creare differenza nella distribuzione della salute o se sia l'incapacità ad utilizzare le risorse che la condizione sociale o culturale trascina. Sta di fatto che, nel comune di Milano, secondo quella Camera di Commercio, l'indice di disuguaglianza è aumentato del 50% in sette anni. L'Olanda che ha l'11% dei bambini in povertà, cioè meno di noi, ha istituito un programma nazionale di ricerca sugli interventi capaci di ridurre le disuguaglianze nella salute fra i poveri secondo l'intuizione che "*Services for everybody fail the poor*" (*BMJ* 2001;322:1137). Fa fatica a farsi strada il concetto che contro la salute più dei ticket contano le emissioni di gas serra, l'inquinamento urbano e le morti per incidenti da traffico che, secondo un'indagine ad hoc condotta in Emilia-Romagna, riguardano per la maggior parte vecchi e bambini e, sorprendentemente, si verificano su strade urbane.

La classe politica fa sempre più fatica a comprendere che, per la tutela della salute, l'economia, l'urbanistica, le scienze politiche, la sociologia, l'antropologia hanno tanta importanza quanto la medicina e la biologia gestite dalla sanità. La diminuzione della mortalità neonatale, che è costata tanto in termini economici, si è andata accompagnando ad un quasi parallelo aumento della mortalità adolescenziale; il divario fra regioni con alta o bassa mortalità infantile è di fatto pareggiato dall'incremento della mortalità adolescenziale. D'altra parte un rapporto del M.I.T. (*Massachusetts Institute of Technology*) già trent'anni fa aveva previsto il

processo d'allontanamento fra più ricchi e più poveri; e si tenga conto che le carenze d'acqua non sono un problema solo dell'Africa. La distanza di reddito e di salute fra il 20% più ricco ed il 20% più povero delle popolazioni non può non essere anche un problema italiano e non solo del Sud. Si discute, in campo internazionale, se la stessa disuguaglianza sia causa di malattia. Fra le diverse aree dell'Italia c'è, secondo dati ISTAT (*La situazione del paese nel 2000*), una differenza del 30% nelle spese private per la salute e del 43% nelle spese per il dentista. Il problema delle risorse pubbliche disponibili per la salute nelle singole regioni (ma anche in singoli ambiti della stessa regione) è discusso (malamente) solo nella conferenza degli assessori regionali alla Sanità, invece di diventare un vero problema della Nazione: nella campagna elettorale per la presidenza in USA "*the large and growing gap between the rich and poor was frequently mentioned. Political candidates have proposed different solutions*" (*Am J Pub Health* 2001;91:351). Tutto questo è un indice di quanto il problema sia mal compreso e di quanto la classe politica italiana a destra e a sinistra stia proseguendo nel suo percorso di "tradimento dei chierici". ■





MILANO

Contro lo sfruttamento minorile

Nel 1998 si è svolta la "Marcia Globale contro lo sfruttamento del lavoro infantile". La Marcia, promossa dall'Associazione indiana SACCS (South Asian Coalition Against Child Servitude), ha attraversato tutti i continenti con lo scopo di mobilitare l'opinione pubblica e fare pressione sui Governi e le istituzioni internazionali perché affrontassero con impegni concreti il grave problema dello sfruttamento del lavoro infantile. In Italia la Marcia ha visto il coinvolgimento di milioni di cittadini e di centinaia di associazioni e realtà locali. Il successo internazionale della Marcia ha contribuito all'adozione in sede OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro)

ro) della Convenzione n.182 del 17 giugno del 1999 "Per l'eliminazione delle forme peggiori di sfruttamento del lavoro minorile". Si tratta di uno strumento importante perché impegna i governi che la ratificano ad intraprendere azioni immediate per l'eliminazione del lavoro minorile e perché definisce con chiarezza quali debbano considerarsi le "forme peggiori":

- tutte le forme di schiavitù e pratiche simili, come la vendita e il traffico dei bambini, la schiavitù ed il lavoro forzato od obbligatorio, incluso l'arruolamento forzato od obbligatorio dei bambini per l'impiego nei conflitti armati;

- l'uso, la ricerca o l'offerta di bambini a scopo di prostituzione, per la produzione di materiale pornografico o per le prestazioni pornografiche;

- l'uso, la ricerca, l'offerta di bambini per attività illecite, in particolare per la produzione o traffico di stupefacenti;

- il lavoro che, per sua natura o per le circostanze in cui viene svolto, può danneggiare la salute, la sicurezza e la moralità dei bambini.

È questa la finalità principale della Campa-

gna 2001 apertasi a Milano il 2-3 Aprile con la Conferenza Europea che ha avuto per tema "Le forme peggiori di sfruttamento del lavoro minorile. La situazione in Europa e nel mondo". Ha visto la partecipazione di rappresentanti del mondo del lavoro delle più importanti istituzioni nazionali (Ministero Affari Sociali e Commissioni interessate) e di organizzazioni internazionali quali l'UE, il Consiglio d'Europa, l'Oil e l'Unicef. L'obiettivo della Conferenza è stato quello di formulare, attraverso dei "gruppi di lavoro" aperti, proposte e strategie di intervento sui temi specifici attinenti le forme peggiori di sfruttamento del lavoro infantile, con particolare attenzione al problema sul territorio dell'UE e dell'Europa dell'Est. A questo fine è previsto il coinvolgimento delle realtà locali, enti e associazioni, degli insegnanti e di tutti coloro che operano nel campo dell'educazione. Alla Conferenza hanno fatto seguito altre iniziative tra cui la promozione del "Progetto Genitori", esplicitamente rivolto alle famiglie; il progetto si propone come un'occasione concreta di partecipazione alla Campagna.

L'Italia, membro del G8

Nel nostro Paese il lavoro infantile è oggi scomparso dalle statistiche ufficiali perché illegale, mentre tutte le stime concordano sul fatto che siano circa 500.000 i bambini che lavorano. Fino a pochi decenni fa il lavoro infantile era molto diffuso nel nostro Paese. Le leggi, l'istruzione obbligatoria, i miglioramenti salariali e dei sistemi di sicurezza sociale, una maggiore consapevolezza hanno ridotto enormemente il fenomeno. Ma, a guardar la cronaca recente, si direbbe che stia tornando in forze.

La Legge 977 del 1967 ha fissato l'età minima di ammissione al lavoro a 15 anni, 14 per il lavoro agricolo e i servizi familiari. Fra i 15 anni e la maggiore età si può lavorare, ma non in attività pericolose, faticose e insalubri. È dunque proibito dalla Legge 977 il "lavoro dei fanciulli", mentre il "lavoro degli adolescenti" è regolamentato, non proibito. Uno studio della CGIL ha calcolato che in pochi anni sono state incredibilmente presentate all'INAIL migliaia di denunce per infortuni sul lavoro di minori di 15 anni.

Esistono in effetti, nelle grandi città e nelle zone rurali del Sud, rilevanti sacche di lavoro infantile legate talvolta a un'economia familiare di sopravvivenza, talaltra a meccanismi di sfruttamento di manodopera a buon mercato, in agricoltura, nell'artigianato, nel terziario e nella famosa industria del "falso". A rinsaldare le economie illegali vi sono poi nuove vittime. Bambini stranieri trascinati dalla povertà e gettati con qualche straccio ai semafori delle nostre grandi città ad elemosinare per ore e ore, o costretti a prostituirsi. Secondo uno studio dell'Azione Cattolica, in Campania lavorano illegalmente 90.000 bambini, di cui 35.000 baby-braccianti impiegati stabilmente in nero nella provincia, in aziende che ricorrono al lavoro minorile anche per non pagare i contributi. Parallelamente in diverse province il tasso di evasione scolastica o di abbandono della scuola dell'obbligo raggiunge percentuali a due cifre. La situazione economica e quella dello stato sociale hanno fatto lievitare i casi di lavoro infantile. Aumenta la disoccupazione dei genitori, che finiscono per arrangiarsi nel settore informale, ci vogliono bambini a compensare la caduta del reddito familiare. Anche loro lavoratori "in nero", ovviamente.

Paese membro del G8, l'Italia può davvero vergognarsi non solo della quantità di bambini al lavoro o comunque fuori dalla scuola, ma anche della tipologia di queste attività. Tuttavia nel 1998 l'Italia ha accettato di sottoporsi a un'indagine conoscitiva dell'Oil e, sempre nello stesso anno, ha approvato la Legge 269 ("Contro lo sfruttamento della prostituzione, della propaganda, del turismo sessuale in danno ai minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù"), mentre nel 2000 con la Legge 148 ha ratificato la Convenzione 182. Gli strumenti ci sono: la loro applicazione ed il monitoraggio di questa sono da incentivare da parte di tutti.

Quaderni acp, nel corso degli ultimi anni, ha seguito con attenzione quanto andava definendosi in questo settore ed è più volte intervenuto in proposito. I lettori che vogliono saperne di più possono consultare anche:

www.globalmarch.org; www.manitese.it; www.minori.it; www.ilo.org; www.unicef.org; www.cgil.it.

m. b.

PARIGI

Farmaci per i bambini d'Europa

La necessità, nel corso dello sviluppo di un farmaco, di prestare particolare attenzione alle indicazioni pediatriche è ormai ampiamente riconosciuta. Negli ultimi anni è stato infatti documentato da più parti che la sicurezza e l'efficacia della maggioranza dei farmaci utilizzati dai bambini non sono state valutate in questa popolazione prima della loro immissione in commercio (*Quaderni acp* 2000;4:42). Seguendo quanto attuato negli USA alcune iniziative di regolamentazione si stanno attivando anche in Europa (CEE, EMEA, ecc.). In particolare una delle proposte in discussione è rappresentata dalla creazione di un *Paediatric Network* tra tutte le Agenzie nazionali sanitarie europee per armonizzare l'informazione sui farmaci per i bambini, verificare per quali e quanti farmaci non sono disponibili formulazioni ottimali per un uso pediatrico, stilare una lista di farmaci che, pur essendo in commercio, necessitano di ulteriore studio per l'età pediatrica. Sono stati questi i temi di un Seminario svoltosi a Parigi lo scorso dicembre, organizzato dall'Agenzia francese "Afssaps" (*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé*), a cui hanno partecipato rappresentanti della Commissione Europea, della Food and Drug Administration americana, di alcune Società scientifiche

europee, in particolare l'ENDIC (*European Network for Drug Investigation in Children*; *Quaderni acp* 2000;4:10), delle Agenzie sanitarie nazionali e dell'industria farmaceutica. Nonostante le buone intenzioni e le convergenze verificate molto dipenderà anche da quanto ciascuno a livello nazionale riuscirà ad attivare coinvolgendo attivamente e con spirito collaborativo pediatri, farmacisti, genitori e ... "organi preposti". In tale contesto, i risultati di alcune iniziative attualmente in corso in Italia (che vedono la partecipazione di numerosi soci ACP), favorite anche dalla sensibilità dell'attuale direzione del Dipartimento Valutazione dei Medicinali e Farmacovigilanza del Ministero della Sanità, potranno rappresentare un utile contributo al dibattito nazionale ed internazionale e, cosa più importante, ad un uso più razionale dei farmaci per/nei bambini.

m. b.

CASTELLANETA

Pediatri meridionali: anno secondo post Copanellum

Nel maggio scorso si è svolto a Castellaneta Marina (TA) il secondo incontro tra i pediatri delle regioni meridionali organizzato dall'Associazione Culturale Pediatri di Puglia e Basilicata ed erede di Copanellum. Il convegno si è svolto in un clima di familiarità e si è dimostrato originale e ricco di stimoli.

Vari gli spunti di riflessione che hanno catalizzato l'attenzione dei partecipanti, abbastanza numerosi e molto motivati. Le relazioni hanno sollecitato a ricordare che il bambino non è solo bronchite o asma, ma anche spirito, intelligenza, voglia di conoscenza e di autonomia.

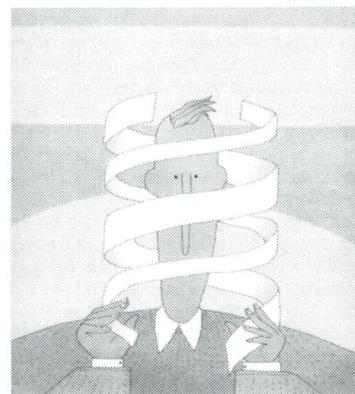
In quest'ottica l'intervento del prof. Boero con il suo invito alla lettura vista come "giocosa terapia" che in epoca di computer e microchip è ormai indispensabile come

un antibiotico per lo streptococco; per fortuna non induce resistenze e se ha effetti collaterali sono sempre positivi. Bonifazi è stato efficace nei contenuti e preciso nella forma. Schematico Armenio, mentre Baldaccini ci ha lasciati con qualche buon interrogativo. Preciso e ricco Magazzù che ha fatto apprezzare l'approccio scientifico ed il rigore dello studioso. Maria Cristina Mencoboni ha chiarito come comportarsi di fronte al bambino con enuresi. Da ambedue sono venuti stimoli per farci cambiare alcuni nostri comportamenti. Longo ci ha indotto a riflettere sulla terapia e sulla prevenzione dell'asma. Maggiore è riuscito a coinvolgere la platea nei suoi casi clinici.

Giardina ed i colleghi della pediatria d'urgenza hanno maltrattato i loro manichini. In epoca multimediale anche per i medici diventa indispensabile ed opportuna la bussola fornita dal dottor Maggio per orientarsi su internet. Ciotti e Marchetti ci hanno fornito utili aggiornamenti sulla pediatria dello sviluppo e sul trattamento delle otiti. Nell'ultima giornata il dott. Conversano ha affrontato il problema dell'inquinamento, argomento di grande attualità e di interesse certamente non solo pediatrico, ed il Prof. Panizon ha trattato i suoi temi con la solita "verve" e chiarezza dando, tra l'altro, risposta ad un interrogativo che risuona spesso nei nostri ambulatori: è meglio ammalarsi da piccoli?

Il viaggio di ritorno è stato piacevole perché avevamo tutti "una marcia in più": tanta voglia di fare, tanti motivi di riflessione con i colleghi, tanta voglia di prepararci al prossimo incontro ACP.

Mimmo Capomolla



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. 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 abnormemente elevato di allergeni può richiedere appropriata terapia supplementare. Il trasferimento di pazienti in trattamento continuativo con steroidi per via generale alla terapia con CLENIL 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 sciocquandosi 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, cortisone dotato di spiccata attività antiinfiammatoria ed antiallergica topica sulla mucosa nasale e bronchiale. Il beclometasone dipropionato (BDP) è un corticosteroide di sintesi, di uso esclusivamente topico, con potente attività antiinfiammatoria, ridotta attività mineralcorticoidica ed assenza di effetti sistemici. Nel test di vasocostrizione cutanea secondo Mc Kenzie il BDP è 5000 volte più attivo dell'idrocortisone, 625 volte più attivo del betametasona alcool, 5 volte più attivo del fluocinolone acetone e 1,39 volte più attivo del betametasona valerato. Possiede intensa e prolungata attività antiinfiammatoria nei confronti dell'edema da olio di croton, da carragenina, da formalina, da bianco d'uovo e da destrano e della reazione granulomatosa da corpo estraneo, con efficacia superiore a quella di altri corticosteroidi. Per via aerosolica CLENIL 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 trifismo 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 gravidе non ha provocato segni di tossicità né sulla madre, né sui feti, né aborti, né diminuzione del numero dei nati. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Sodio fosfato bibasico biidrato, Sodio cloruro, Potassio fosfato monobasico, Alcool benzilico, Metile p-idrossibenzoato, Alcool cetostearylco, Polisorbato 20, Sorbitan monblaurato, 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'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** CHIESI FARMACEUTICI S.p.A., Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 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 broncopulmonari acute e croniche. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini di età superiore ai 5 anni: un flaconcino monodose, 2 volte al giorno. Bambini di età inferiore ai 5 anni: mezzo flaconcino o un flaconcino monodose, 1-2 volte al giorno. Non superare le dosi consigliate. La soluzione può essere somministrata mediante i normali apparecchi per aerosolterapia. Può anche essere diluita in acqua distillata nel rapporto 1:1. **4.3 Controindicazioni** Fluibron non deve essere impiegato nei soggetti che abbiano manifestato ipersensibilità ai componenti del prodotto e in quelli con gravi alterazioni epatiche e/o renali. Primi tre mesi di gravidanza. **4.4 Speciali precauzioni per l'uso e speciali avvertenze** Poiché nell'inspirazione profonda degli aerosol può insorgere tosse da irritazione, si deve cercare durante l'inalazione di inspirare ed espirare normalmente. Nei pazienti particolarmente sensibili si può consigliare un preriscaldamento dell'inalato alla temperatura corporea. Per i pazienti affetti da asma bronchiale è opportuno ricorrere ad uno spasmodico bronchiale prima dell'inalazione. Fluibron deve essere somministrato con cautela nei pazienti portatori di ulcera peptica. Non usare per trattamenti protratti. Dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Tenere il medicinale fuori dalla portata dei bambini. **4.5 Interazioni** In genere non interferisce con altri farmaci. **4.6 Uso in gravidanza ed allattamento** Gli studi di teratogenesi e di tossicità fetale su animali non hanno messo in evidenza alcun effetto nocivo del Fluibron anche a dosi elevate. Non è comunque consigliabile, come per tutti i farmaci di recente istituzione, l'impiego durante i primi tre mesi di gravidanza, nell'ulteriore periodo e durante l'allattamento, andrà somministrato solo in caso di effettiva necessità e sotto il diretto controllo del medico. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine** Nessuno. **4.8 Effetti indesiderati** Alle dosi consigliate il farmaco è normalmente ben tollerato. Raramente sono stati osservati nausea, cefalea, disturbi gastrointestinali. **4.9 Sovradosaggio** Non si conoscono casi di sovradosaggio con Fluibron per uso inalatorio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Farmacodinamica** Ambroxol agisce regolarizzando il trasporto delle secrezioni in tutto l'albero respiratorio. Presenta inoltre una marcata attività mucolitica e mucoregolaritica. L'effetto farmacologico si esplica sulla qualità del muco, sulla funzionalità ciliare e sulla produzione di surfattante alveolare. Qualità del muco: ambroxol stimola l'attività delle cellule ghiandolari sierose, scarica i granuli di muco già formati, normalizza la viscosità del secreto e infine regolarizza l'attività delle ghiandole tubulo-acinose dell'albero respiratorio. Funzionalità ciliare: ambroxol aumenta sia il numero dei microvilli dell'epitelio vibratile, sia la frequenza dei movimenti ciliari con conseguente aumento della velocità di trasporto del secreto prodotto e infine conduce alla normalizzazione dei toni respiratori migliorando l'espettorazione. Aumento della produzione di surfattante: ambroxol stimola i pneumociti di II tipo a una maggiore produzione di surfattante alveolare assicurando pertanto la stabilità del tessuto polmonare, permettendo una corretta depurazione bronchiolo-alveolare e infine agevolando la meccanica respiratoria e favorendo gli scambi gassosi. **5.2 Farmacocinetica** La biodisponibilità di ambroxol è stata valutata sull'uomo dopo somministrazione orale del farmaco in soggetti volontari sani. Si è dedotto che ambroxol viene rapidamente assorbito attraverso il tratto enterico. L'emivita è di circa 10 ore e si raggiungono i livelli sierici massimi intorno alla 2a ora. Il farmaco viene eliminato quasi completamente per via renale sotto forma di metaboliti o immodificato. **5.3 Tossicologia** Tossicità acuta - La tossicità acuta di Fluibron valutata su piccoli animali si è dimostrata molto bassa (DL50/os nel topo = 2842 mg/Kg; DL50/os nel ratto = > 4000 mg/Kg). Tossicità cronica - La valutazione dei parametri presi in considerazione dimostra che Fluibron è dotato di una buona tollerabilità sia a livello generale sia a livello locale. In particolare non si sono constatate alterazioni delle principali costanti biochimiche ed ematiche; non si sono avute azioni lesive sui principali organi presi in considerazione e neppure modificazioni delle loro funzionalità. Attività teratogena - I dati raccolti nelle sperimentazioni (ratte gravidе e coniglie gravidе) 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 speditività 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'aletta. 4) Esercitando una moderata pressione sulle pareti del flaconcino monodose far uscire il medicamento nella quantità prescritta. 5) In caso di utilizzo di metà dose, il flaconcino può essere richiuso capovolgendo e premendo il tappo. **7. TITOLARE A.I.C.** Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Palermo, 26/A - Parma. **8. NUMERO A.I.C.** 15 flaconcini monodose: N° 024596140. **9. DATA DI AUTORIZZAZIONE** 04/03/96. **10. ULTIMA REVISIONE DI TESTO** 04/03/96. **TABELLA DI APPARTENENZA DPR 309/90** Non soggetto. **REGIME DI DISPENSAZIONE AL PUBBLICO** Medicinale non soggetto a obbligo di prescrizione medica.

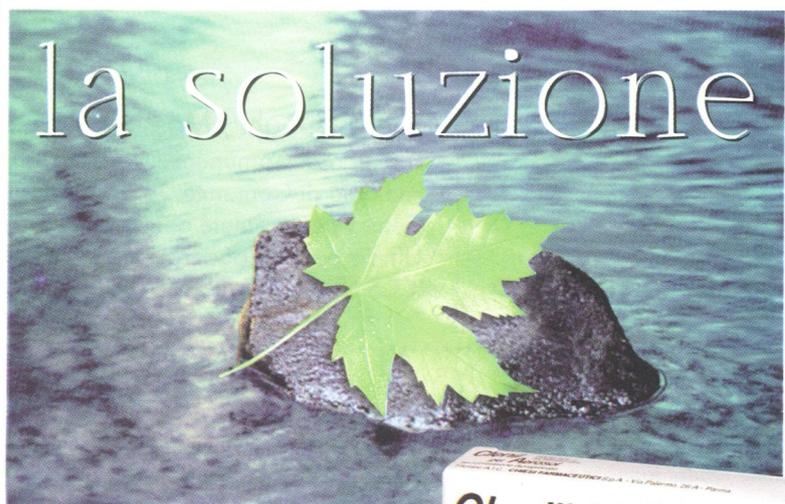
INFIAMMAZIONE DELLE VIE AEREE

il rischio



riacutizzazione
cronicizzazione
complicanze

la soluzione



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



Prevalenza dell'allattamento al seno nella Regione Emilia Romagna

Chiara Cuoghi¹, Massimo Farneti², Luca Ronfani³, Adriano Cattaneo⁴

¹ Pediatria di Comunità, AUSL Ferrara

² Pediatria di Comunità, AUSL Cesena

³ Centro per la Salute del Bambino, Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno, Trieste

⁴ Ufficio per la Cooperazione Internazionale, Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno, IRCCS "Burlo Garofolo" Trieste

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 12-14

Obiettivi: Rilevare la prevalenza dell'allattamento al seno nelle ASL della regione Emilia Romagna per suggerire interventi per il miglioramento della situazione.

Metodi: In occasione della prima e seconda vaccinazione sono state rilevate (recall delle ultime 24 ore) le abitudini alimentari dei lattanti dal terzo al quinto mese.

Risultati: La prevalenza dell'allattamento al seno esclusivo risulta essere 35,1% al terzo e 16,2% al quinto mese di vita.

Conclusioni: La regione Emilia Romagna si trova ad avere una prevalenza di allattamento al seno insoddisfacente e deve porsi il problema di raggiungere le prevalenze delle regioni con tasso di allattamento al seno assai più soddisfacente.

Parole chiave: Allattamento al seno, Prevalenza, Emilia Romagna.

Obiettivi

L'idea di effettuare questa ricerca è nata nel gruppo ACP-APeC dalla considerazione che l'allattamento al seno è uno degli interventi più semplici, a più basso costo e di sicura efficacia nel promuovere la salute della popolazione; è quindi doveroso impegnarsi nella sua promozione partendo dalla conoscenza dei dati reali.

La valutazione epidemiologica offre un quadro preciso della propria realtà locale e consente di promuovere poi a livello regionale e di AUSL progetti per interventi sanitari: informativi e di sostegno della popolazione (per le madri e le future madri, nei corsi di preparazione al parto e alla nascita, organizzativi dei servizi (informazione in gravidanza, sostegno nei punti nascita, punti di ascolto territoriali dopo la dimissione), formativi degli operatori sanitari (ostetriche, ginecologi, pediatri, assistenti sanitarie, personale infermieristico, ecc.).

Metodi

Il metodo scelto nasce dalla necessità di utilizzare un sistema di rilevazione semplice facilmente ripetibile anche in altri contesti, ma adeguato alle definizioni OMS (1) per la classificazione delle tipologie di allattamento riportata in appendice e alle modalità di raccolta dell'anamnesi alimentare (recall delle 24 ore), per poter confrontare i dati con quelli delle ricerche internazionali.

La ricerca, patrocinata dalla Regione Emilia Romagna, è stata perciò proposta ai Referenti dei Servizi di Vaccinazioni in età pediatrica della Regione e si è svolta nel mese di novembre 1999.

In occasione della prima e seconda vaccinazione sono state rilevate, tramite un'anamnesi alimentare rivolta alle madri (recall delle ultime 24 ore), le abitudini alimentari dei lattanti dal terzo al quinto mese di vita che si sono presentati negli ambulatori di vaccinazioni delle Aziende USL della regione Emilia Romagna.

Nel questionario sono state inserite le caratteristiche socio-culturali delle madri considerate dalla letteratura indicatori "forti" nell'influenzare prevalenza e durata dell'allattamento al seno (2,3).

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma EPI INFO 6, versione 6.04b - Ottobre 1997, fornito gratuitamente dal CDC-USA e dall'OMS.

Risultati

I questionari sono stati restituiti da 44/49 distretti della regione. Non hanno preso parte alla ricerca i distretti di Alta Val Trebbia-Val Nure, Val d'Arda - Fiorenzuola (PC), Modena, Pavullo e Mirandola (MO).

Per corrispondenza:

Chiara Cuoghi,

E-mail: ccuoghi@libero.it

In totale sono pervenuti 4.052 questionari; la valutazione è stata ristretta al campione di bambini con età compresa fra 61 e 150 giorni di vita, pari a 3.394 schede.

Sono stati confrontati i dati delle due coorti del 3° (61-90 giorni) e 5° mese di vita (121-150 giorni) che sono rappresentati nelle **Figure 1 e 2**; essi confrontano la situazione regionale con quella di ogni AUSL: la variabilità rispetto al dato regionale medio è piuttosto ampia.

L'esame dell'influenza dei fattori socio-culturali esaminati nel campione conferma i dati, oramai noti, della letteratura (3,4,5): l'allattamento al seno è facilitato dalla multiparità, dalla scolarità elevata, dalla frequenza di un corso di preparazione al parto.

Dal confronto con i dati della ricerca regionale del 1996 (6) coordinata da Faldella e coll., con la limitazione dovuta alla differente raccolta anamnestica e classificazione, emerge, per le categorie dell'allattamento pieno, complementare e artificiale, un lieve miglioramento all'età di 3 mesi (52% vs. 48%) per l'allattamento pieno, ed un peggioramento a 5 mesi (23% vs. 26%), con aumento dell'allattamento complementare (37% vs. 26%).

Confrontando i dati dell'indagine con quelli dell'indagine condotta in Friuli Venezia Giulia (1998-1999), in corso di pubblicazione (7), nella quale è stata adottata la stessa metodologia di classificazione dell'OMS, si ha che nel 1999, nel periodo fra 17 e 20 settimane di vita, la situazione è quella della **Tabella 1**.

Conclusioni

L'Emilia Romagna si colloca in Italia ad un livello di prevalenza dell'allattamento al seno inferiore rispetto ad altre regioni italiane del Nord-Est, che hanno utilizzato la medesima metodologia di indagine, ed assai insoddisfacente rispetto alle raccomandazioni OMS di protrarre l'allattamento al seno esclusivo fino al sesto mese. Sono stati ottenuti miglioramenti modesti e contraddittori rispetto alle rilevazioni del 1996.

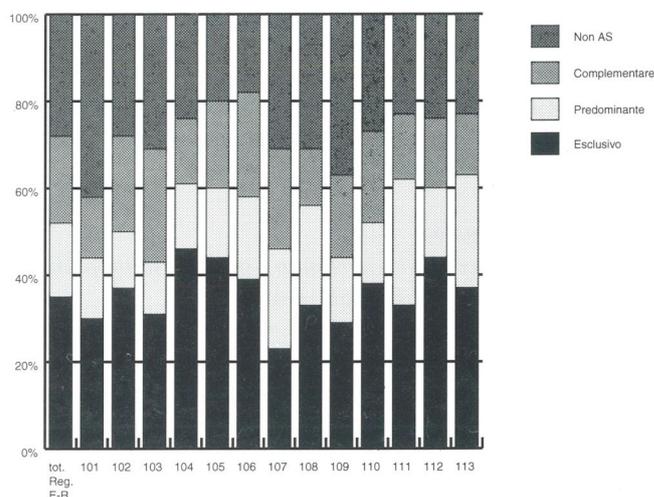
È quindi necessario un maggior impegno della sanità pubblica regionale per facilitare l'avvio e sostenere la durata dell'allattamento al seno. Questo significa un impegno, finora del tutto carente, nel formare gli operatori, facilitando la condivisione degli obiettivi e il coordinamento con le reti di sostegno delle associazioni e dei servizi non sanitari accreditati, rimuovendo al proprio interno gli ostacoli suggeriti dai "10 passi per allattare al seno con successo" della "Baby Friendly Hospital Initiative" dell'OMS-UNICEF in modo da offrire alle mamme informazioni coerenti.

Importante è curare gli aspetti informativi per le mamme e

Tabella 1.

	Allattamento esclusivo	Allattamento pieno	
Emilia Romagna	19%	Emilia Romagna	28%
Friuli V. Giulia	30%	Friuli V. Giulia	41%

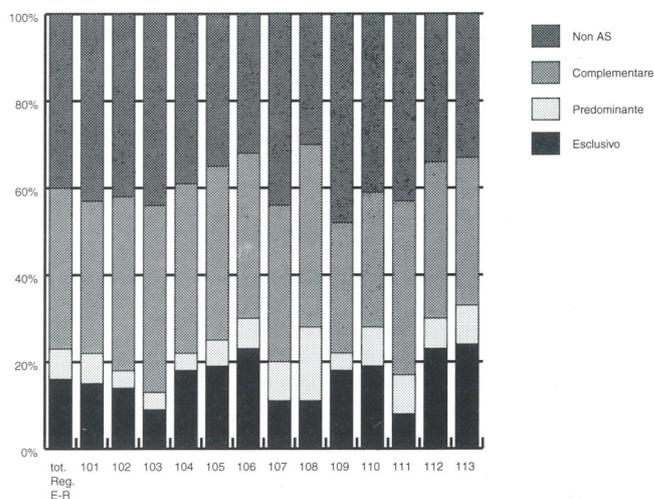
Figura 1. Alimentazione al 3° mese per AUSL (Nei grafici l'ordine delle Asl da 1.01 a 1.13 indica: 1. Piacenza, 2. Parma, 3. Reggio Emilia, 4. Modena, 5. Bologna sud 6. Imola, 7. Bologna nord, 8. Bologna città, 9. Ferrara, 10. Ravenna, 11. Forlì, 12. Cesena, 13. Rimini).



future mamme, soprattutto per le donne con scolarità più bassa, che spesso hanno anche un reddito inferiore, le immigrate che non hanno il supporto favorente della cultura dei propri paesi d'origine e le primipare, attraverso materiale semplice, con consigli pratici e multilingue, e ampliare le occasioni e la gratuità di accesso ai servizi e la disponibilità individuale degli operatori all'ascolto.

È altrettanto importante disincentivare il predominio assoluto

Figura 2. Alimentazione al 5° mese per AUSL (Nei grafici l'ordine delle Asl da 1.01 a 1.13 indica: 1. Piacenza, 2. Parma, 3. Reggio Emilia, 4. Modena, 5. Bologna sud 6. Imola, 7. Bologna nord, 8. Bologna città, 9. Ferrara, 10. Ravenna, 11. Forlì, 12. Cesena, 13. Rimini).



che, nel campo dell'informazione, hanno le case di produzione dei lattini per l'infanzia.

Il sistema di rilevazione epidemiologica che è stato adottato è così semplice e accessibile che permette ad ogni AUSL ed alla regione stessa di ripetere l'indagine in varie occasioni per esaminare l'andamento nel tempo di questo indicatore.

Appendice

Definizioni internazionalmente riconosciute per tipizzare l'allattamento al seno, suggerite da un comitato tecnico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1):

Allattamento esclusivo

Latte materno (succhiato o spremuto), gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci) e nient'altro.

Allattamento predominante

Come sopra, ma ammessi i liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, e bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta e soluzioni per reidratazione orale); con l'eccezione dei succhi di frutta e dell'acqua zuccherata, nessun altro liquido con alimenti è permesso in questa categoria.

Allattamento complementare

Come sopra, ma con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali), semiliquidi (pappe di cereali, frutta, verdura, carne, pesce) e solidi (biscotti).

Allattamento artificiale

Alimentazione senza latte materno.

Allattamento pieno o completo

Allattamento esclusivo più predominante.

Ringraziamenti

Si ringrazia tutto il personale sanitario deputato alle vaccinazioni dell'infanzia delle varie AUSL che ha reso possibile questa ricerca; in particolare Roberta Bigazzi per l'inserimento dei dati e le dott.sse Lazzarato e Paganelli che in Regione hanno sostenuto e incoraggiato l'iniziativa, con la successiva creazione di un gruppo misto che porterà avanti proposte di formazione e informazione.

Bibliografia

- (1) WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Document WH; Geneva, 1991
- (2) A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;334:1239
- (3) Dichiarazione degli Innocenti. WHO, UNICEF, Firenze, 1990
- (4) American Academy of Pediatrics. Allattamento al seno e impiego del latte materno. *Pediatrics* (ed. italiana) 1998;10:89
- (5) Wright A et al. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996;97:669
- (6) Faldella G et al. Prevalenza dell'allattamento materno in Emilia Romagna. *Riv Ital Pediatr* 1997;23:331
- (7) Cattaneo A et al. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Pediatr* 2000 89:88

ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS

Napoli, 1 Dicembre 2001

NATI PER LEGGERE

"Pediatría di famiglia e Istituzioni"

9.00 Saluto delle Autorità

Rosa Russo Iervolino, Amato Lamberti

9.30 Emergent literacy:

recenti acquisizioni *R. Valentino Merletti*

10.00 Il programma Reach Out and Read negli Stati Uniti *P. Klass*

10.40 Il progetto in Italia *S. Manetti, S. Fedele*

12.15 Il ruolo del pediatra di famiglia nella promozione della salute *A. Improta*

12.35 Il progetto nazionale di promozione della salute nell'infanzia: l'esperienza nella regione Basilicata *N. D'Andrea*

14.30 Il ruolo delle biblioteche nella promozione alla lettura precoce *I. Poggiali*

15.00 Collaborazione tra pediatri, biblioteche e scuole materne: esperienze *G.C. Biasini*

15.40 I progetti di promozione alla lettura del Ministero dell'istruzione *M. R. Musella*

16.00 Esperienze concrete di "Leggere per..."

17.00 Conclusioni e prospettive

Segreteria organizzativa

ACP Campania, tel. 081402093

e-mail: acpcampania@tin.it

Sede

Chiostro di Santa Maria La Nova

Sala Consiliare della Provincia di Napoli

Lunibron[®]

Flunisolide



NUOVO DOSAGOCCE[®] CON STANTUFFO GRADUATO

NUOVO ASTUCCIO CON REGOLO POSOLOGICO



Lunibron[®] 30 mg/30 ml

Soluzione da nebulizzare
Flunisolide

VALEAS



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

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

n° di gocce

11 2 volte al giorno

① Vedi lato
② indicato
③

CLASSE A

VALEAS

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

L'interpretazione popolare delle malattie infantili

Giancarlo Cerasoli

U.O. di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 16-17

Il pediatra italiano è chiamato sempre più spesso ad assistere bambini provenienti da altri paesi con modelli di malattia molto diversi.

Conoscere il passato dei modelli di malattia nazionali ed il presente dei modelli altrui dovrebbe far parte del suo essere medico del bambino.

Il dottor Alessandro Adriano descriveva così, nel 1933, la scena da lui vista a Cosenza nella casa dove era stato chiamato per visitare un bimbo ritenuto affetto da vermi:

"[Il medico] entra e sulle prime non vede altro che una folla di donne, che gli nascondono il malato e gli sono attorno. Ma sente già un forte odore, misto di aglio, di menta, di aceto e ... di altro. Si fa un po' largo, avvista finalmente il piccolo infermo, che gli sembra te lo abbiano approntato e truccato per esibirlo quale spettacolo vivente in un circo. Ha gli occhi fortemente e generosamente bistrati sulle palpebre; il ventre nudo con una gran macchia nera circolare tutt'attorno all'ombelico; al collo una vistosa collana ricca di agli belli e mondi ed un po' soppesti, alcuni altri spicchi di agli sugli inguini; un bel mazzo di menta fresca comune ed un altro di ruta nelle manine trepidanti; vicino a lui una donna tiene un piatto con aceto, altra menta, altro aglio.... Ecco la provenienza di quell'odore che ha deliziato le narici del medico appena entrato! Ma... che cosa sono quei pezzetti di maccheroni proprio sull'ombelico? E perché tutto quell'apparato? Non domandarlo, giovane collega inesperto, ché rischieresti di essere trattato da ignorante. Come?! Non sai? Sulle palpebre ed attorno all'ombelico del bimbo è stata fatta una generosa spalmata di polvere nera da sparo ed aglio pesto gli è stato strofinato alla gola ed agli inguini e gliene è stata confezionata una collana e qualche spicchio gliene è stato lasciato qua e là sul corpo, perché i cattivi, annusando il pericolo della polvere pirica, offesi dal puzzo dell'aglio e dall'odore di menta e di ruta, titillati dal pizzicore dell'aceto, siano costretti a cambiar aria o a restar tramortiti. Così non affogheranno il bambino, e questi sarà liberato dal discienu. E sta bene, dirai; ma... e i maccheroni? Come sei ingenuo, collega novellino! Quelli sono il cardine del rimedio-bomba. Il quale è stato praticato già prima che tu fossi stato chiamato. Che credi?

*Fra tutta quella gente che ti è attorno, mentre tu lotti con le tue nobilissime armi, scienza, cuore e mente, contro il male, c'è stata qualcuna di quelle mai abbastanza deprecate vecchie comari dottoresse, e non verranno certo a denunziartela, che ha avuto cura di **carmare i cattivi** e di **tagliarli**, per lo meno in effigie di maccheroni sulla pancia del bambino, mentre biassicava le sue preci magiche" (1).*

Anche se fortemente permeata di scetticismo la descrizione fatta da Adriano riesce a trasmettere non solo i colori, gli odori, i rumori ma anche lo stato d'animo generale di grande partecipazione al processo di guarigione del bambino ammalato. Questo quadro narrativo così animato è molto simile a quelli documentati dalle fotografie scattate nelle spedizioni degli antropologi nell'Italia del sud degli anni cinquanta (2). Da esso può partire la riflessione su come si dovrebbe comportare il pediatra di oggi di fronte alle malattie dell'infanzia che fanno parte del vasto universo della medicina popolare.

Un problema metodologico: il medico che descrive pratiche demoiatriche

Non vi è dubbio che ogni medico che svolge la sua attività in ambulatorio, nelle visite domiciliari o nella corsia dell'ospedale sia "nella condizione vantaggiosa di conoscere quel che pensa, quel che crede, quel che fa il volgo nelle malattie che lo travagliano" (3). Questa condizione di osservatore privilegiato ha portato molti professionisti a descrivere le pratiche di medicina popolare delle quali erano venuti a conoscenza, utilizzando una sorta di *etnografia clinica* (4).

Quasi sempre, come Adriano, essi miravano alla scomparsa di quei metodi di cura eterodosi e collezionavano i diversi elementi di essi come si possono raccogliere i francobolli o le farfalle. Essi descrivevano, quindi, di preferenza le usanze più pericolose per la salute, tralasciando spesso quelle ritenute innocue o che

Per corrispondenza:
Giancarlo Cerasoli
E-mail: cercarlo@dada.it

erano in sintonia con le conoscenze scientifiche del tempo (5). Quest'operazione spesso è stata da loro compiuta in modo sistematico e con metodi rigorosi, pubblicando le osservazioni raccolte su riviste specifiche e partecipando a congressi di medicina o di antropologia. Anche se compiuta con le migliori intenzioni questa loro attività si è spesso rivelata unicamente una "archeologia di determinate pratiche della salute popolare irriducibili al processo medico, a costo però di escludere gli spazi di articolazione tra i saperi medici ed i saperi popolari" (6). Oggi questo comportamento mostra il limite di aver considerato quelle informazioni come superstizioni bizzarre, senza metterle in relazione al sistema di cura e alla loro funzione sociale, e di non aver affiancato alla "ricerca sul campo" l'indagine bibliografica, archivistica ed iconografica (7,8).

Il medico che oggi vuole compiere ricerche nel vasto campo dell'antropologia della salute umana può valersi di nuovi punti di riferimento. Egli sa che deve mettere in relazione le informazioni raccolte con il contesto sociale storicamente determinato, che può utilizzare strumenti e metodologie scientifiche più efficaci e rigorose e che ci sono specialisti in grado di aiutarlo nel lavoro di ricerca e di analisi dei risultati (9,10).

Un problema pratico: il pediatra di oggi alle prese con la medicina popolare

Il pediatra che lavora in Italia nel 2000 è chiamato sempre più di frequente ad assistere bambini provenienti da altri paesi, dove i modelli sintomatologici sono molto diversi da quelli che lui conosce. Non è raro quindi che sia consultato da genitori che ritengono che il loro bambino sia stato colpito da patologie che fanno parte del loro particolare sistema di riferimento culturale, molto lontano da quello della "medicina ortodossa". Per evitare di non riconoscere il reale bisogno espresso da quei genitori e di attuare un iter diagnostico inappropriato ed inefficace egli può utilizzare alcuni importanti suggerimenti forniti dai moderni studi di antropologia medica (11,12,13).

Per prima cosa è necessario che egli sia capace di accettare il fatto che non esiste una sola medicina "buona", la biomedicina, quella che ha studiato all'università, ma che esistono diversi sistemi di cura che gli individui utilizzano per cercare di ristabilire la loro salute. La medicina popolare è uno di questi sistemi, nel quale si verifica un interscambio tra elementi delle medicine tradizionali e di quella ufficiale. Per molti

pazienti la guarigione si ottiene attraverso un lungo e complesso "itinerario terapeutico", nel quale si fa ricorso a metodi di cura molto diversi. Il pediatra dovrebbe imparare a conoscere le comuni convinzioni e gli stili di comportamento del gruppo etnico di appartenenza del bambino che deve assistere. Questo è tanto più importante quanto più la famiglia proviene da paesi con sistemi culturali differenti dal nostro. Ciascuno di noi porta con sé le proprie "radici culturali" e di esse fanno parte le opinioni sulla salute, sulla malattia, sulle cause dei diversi stati patologici e su quello che si dovrebbe utilizzare per favorire la loro guarigione. Così alcune persone credono che la causa delle malattie sia una punizione divina, oppure la rottura dell'equilibrio naturale delle forze interne che regolano la vita, o l'influsso di astri, venti, stagioni, persone malvagie e così via. Il pediatra dovrebbe tenere conto delle influenze di queste credenze e dei comportamenti su quel particolare paziente e sulla sua famiglia.

In pratica dovrebbe mettere al centro della propria attenzione il paziente e la sua famiglia, ascoltando la narrazione della malattia che essi fanno, accantonando per il momento il proprio punto di vista, basato sulla biomedicina, e permettendo loro di esporre le proprie convinzioni su quello che sta succedendo all'ammalato. Per evitare che siano dimenticati particolari importanti può utilizzare "l'explanatory model" ponendo ai bambini o ai loro genitori le seguenti domande fondamentali:

Di che tipo di malattia pensa che si tratti? Quali sono le sue cause? Perché si è manifestata proprio ora? Quali sono i suoi effetti sul corpo? Come agisce? Quali saranno le sue conseguenze? Può essere severa e come può svilupparsi? Cosa spaventa di più di essa? Quali sono i problemi più importanti che ha provocato la malattia? Qual è il rimedio più appropriato per la sua cura? Che timori ci sono verso la cura di questa malattia? (14).

Dopo aver ascoltato queste informazioni e visitato il malato il pediatra dovrebbe comunicare ai genitori, con termini semplici e comprensibili, che opinione si è fatto della patologia del bambino in base al proprio modello interpretativo, modulando le informazioni anche sulla base delle loro opinioni sulla salute. Per rendere più chiaro il discorso dovrebbe fornire informazioni sull'eziologia della malattia, sulla modalità di insorgenza dei sintomi, sulla fisiopatologia e sul decorso previsto per lo stato di malattia.

Si tratta di trovare, di comune accordo, interpretazioni condivisibili della malattia, specialmente in relazione alle aspettative dei genitori, al benessere del bambino e all'esecuzione di una terapia efficace (15). L'azione del medico sarà tanto più efficace quanto più nella sua spiegazione egli saprà integrare con il suo, il modello culturale proprio della famiglia del paziente. Questo comportamento migliora notevolmente il legame della famiglia con il medico, aumentandone l'adesione alle risorse terapeutiche da lui proposte. Al termine della spiegazione il medico dovrebbe assicurarsi che i genitori abbiano compreso ciò che ha detto loro e lasciare spazio alle domande per chiarire i dubbi e ribadire i punti che gli sembrano più importanti. ■

Bibliografia

- (1) Adriano A. Carmi, tradizioni pregiudizi nella medicina popolare calabrese. *Pellegrini, Cosenza, 1983, pp.112 - 113.*
- (2) Gallini C. Faeta F. I viaggi nel sud di Ernesto De Martino. *Bollati Boringhieri, Torino, 1999.*
- (3) Pitirè G. Medicina Popolare Siciliana. *Barbera, Firenze, 1949, p. 10.*
- (4) Comelles JM. Da superstizione a medicina popolare. *A.M. 1996; 1-2:57 - 87.*
- (5) Pancino C. Il bambino e l'acqua sporca. *Angeli, Milano, 1984, p.183.*
- (6) Comelles JM. Da superstizione a medicina popolare. *A.M. 1996;1-2:57-87.*
- (7) Loux F. Folk Medicine. in Bynum WF e Porter R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine.* London, Routledge, 1993, pp. 661
- (8) Esposito T. Diagnosi, cura, prevenzione tra empirismo e pratiche magiche. *Storia e Medicina Popolare 1991;9 (2-3):139-182*
- (9) Seppilli T. La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito, e Strumenti di ricerca sulla medicina popolare
- (10) Seppilli T. Antropologia Medica: fondamenti per una strategia. *A. M. 1996;1-2:7-22*
- (11) Augé M, Herzlich C. Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia. *Il Saggiatore, Milano, 1986*
- (12) Nathan T, Stengers I. Medici e stregoni. *Bollati Boringhieri, Torino, 1996*
- (13) Good BJ. Narrare la malattia. *Edizioni di Comunità, Torino, 1999*
- (14) Fox K. Cultural issues in pediatric care, in Behrman RE., Kliegman RM., Jenson HB. *Nelson Textbook of pediatrics. XVI° ed., Saunders, Philadelphia, 2000, pp. 9*
- (15) Drago S. Medicina dell'altro mondo. *Occhio Clinico Pediatria 1999;1:27*

Le recensioni del mese

Rubrica redazionale



Giancarlo Siani era un giornalista del Mattino di Napoli; fu ucciso il 23 settembre di 16 anni fa dalla camorra. Si occupava delle attività dei clan camorristici di Torre Annunziata, dei loro intrecci affaristici, delle connivenze con l'amministrazione locale, dell'utilizzo dei "muschilli", i bambini che consegnano le bustine di droga. Non era un "nome" nel giornalismo di malavita Giancarlo Siani, ma certamente aveva visto giusto, si era addentrato su un terreno pericoloso; la sua precisione, la sua intelligenza lo avevano portato a capire qualcosa che non avrebbe dovuto.

La morte di Giancarlo Siani non è però stata dimenticata. Sono sorte, per ricordarlo, decine di iniziative che hanno interessato cittadini ed amministrazioni pubbliche; e quella che ordinariamente si chiama la Società Civile stavolta è stata proprio così: Civile. Sono stati individuati gli assassini ed i mandanti. E sono stati condannati duramente. Giustizia è stata fatta, e ogni anno Giancarlo Siani viene ricordato: è diventato il simbolo di quell'atteggiamento che ci dovrebbe essere e quasi mai c'è. Sono state intitolate al Suo nome scuole e circoli didattici; e la scuola è stata in prima linea, soprattutto insegnando ai bambini a capire meglio perché capire è la cosa che la scuola deve insegnare.

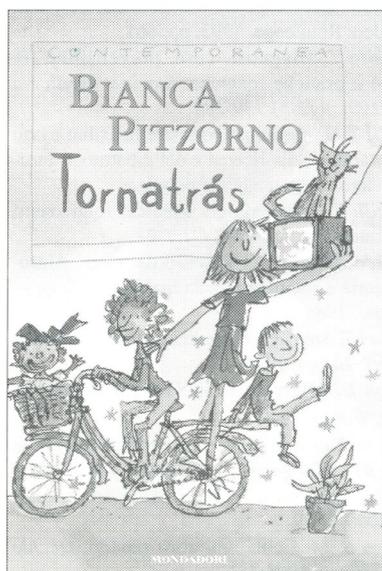
Un giornalista suo coetaneo, Antonio Franchini, ha narrato la vicenda di Siani ne "L'abusivo". Nel marzo scorso è stato pubblicato un volume con le cronache di camorra che Giancarlo Siani ha scritto con coraggio, ma senza iattanza, come dice Franchini. Uno stile semplice, lineare: soggetto, predicato, complemento. Periodi brevi perché non si perda il filo del fatto raccontato. Tutti capiscono, anche i bambini; i fatti sono lì senza commenti superflui. Un negozio che non dovrebbe esserci, una strage, una riunione, un affare; tutte cose semplici, ma che messe insieme rappresentano il dramma di una società infettata.

La morte di un giornalista appena ventenne ha insegnato tante cose a migliaia di persone. E agli stessi assassini.

Giancarlo Biasini

Amato Lamberti, Geppino Fiorenza, Paolo Siani *Giancarlo Siani giornalista per la verità*. Ed. L'isola dei ragazzi Napoli, 2001, pp. 216, Lit. 15.000

Antonio Franchini *L'abusivo*. Ed. Marsilio Firenze, 2001, pp. 249, Lit. 28.000



Curioso questo libro della Pitzorno, che scrive una storia "politicamente corretta" divertendosi a pescare a piene mani dal nostro italianissimo mondo televisivo e politico, infilandoci qualche pezzetto di se stessa.

Già il titolo è la contrazione di due parole spagnole, significa "torna indietro" ed è usato per indicare gli stravaganti salti all'indietro dei geni nel far emergere, a distanza di generazioni, una particolare caratteristica fisica. È un libro a due voci, il racconto infatti procede con l'alternarsi della prima e della terza persona scandite da caratteri diversi, corsivo la prima, stampato la seconda, con il disegno del viso della protagonista che accompagna il racconto in prima persona.

Quentin Blake accompagna le fasi salienti della storia con illustrazioni in bianco e nero "a matita", come sempre efficacissime, ma è assolutamente straordinario nel comunicarci gli stati d'animo di Colomba, la protagonista undicenne: in pochi, minuscoli tratti leggiamo la rabbia, il dolore, la paura, la sorpresa che troviamo nel testo.

Il racconto inizia con la descrizione di una situazione familiare particolarmente pesante: Colomba e il fratellino Leo, di sei anni, perdono il padre che muore in un naufragio, mentre la madre si chiude in un dolore che la allontana sempre di più dal mondo reale e dai suoi due figli. La donna finisce per rifugiarsi nelle storie di "vita vera" della cosiddetta

tivù spazzatura, fino a posporre la cura dei figli alle trasmissioni preferite. Colomba tenta di sostituire la madre occupandosi della casa e del fratello, ma non ce la fa e chiede aiuto alle zie che intervengono sollevandola da un compito impossibile. Per strade tutte da leggere e non riassumibili la madre diventerà una star televisiva, finendo nella rete di un conduttore terribilmente narciso (è la summa dei peggiori della sua specie purtroppo molto apprezzata e soprattutto molto pagata!) che la sposerà con evidenti fini elettorali in quanto candidato di un partito guidato da tal Valerio Carrada dai denti televisivamente bianchissimi e sorriso smagliante che odia tutti i poveri, in particolare gli emigranti extracomunitari. Ci sono molte donne in questo libro: donne scrittrici (la protagonista e una sua vicina di casa che, guarda un po', scrive libri per ragazzi ed è sempre in giro per l'Italia), donne che lavorano, donne coraggiose, donne capaci di grandi affetti, di grandi tenerezze, donne che amano indipendentemente dalla nazionalità e dal colore della pelle, donne che non recriminano né colpevolizzano.

È evidente che il mondo ideale per la Pitzorno è un mondo colorato, pieno di donne e uomini interessati agli affetti e alla felicità, pieno di profumi a cominciare dai profumi della cucina, con menù rigorosamente multiculturale (lasagne con polpettelle, zucchini in scapecce, plum pudding), ma è un ideale che finisce inevitabilmente per scontrarsi con il mondo dell'apparire e della ricchezza ad ogni costo.

La battaglia sarà giocata su diversi fronti, ma la sconfitta sarà totale anche a livello elettorale: "È stato eletto Capitano Generale... uno che non è apparso quasi mai alla televisione, che non ce l'ha con gli stranieri, ma contro i delinquenti, di qualsiasi colore siano, che vive come una persona normale, non possiede ville principesche col campo da golf, né aeroplani privati, né panfili, né catene di cliniche e di supermercati. E che non ha mai promesso agli elettori di farli diventare tutti miliardari".

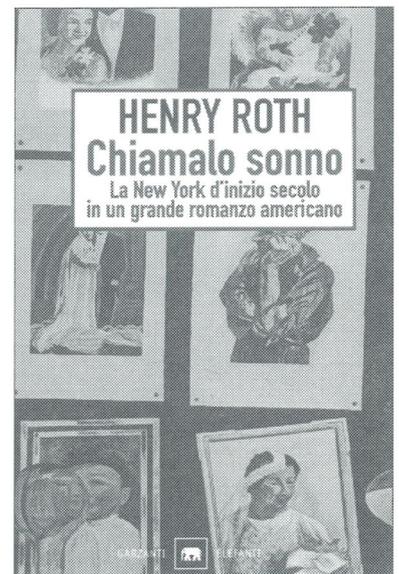
Anna Grazia Giulianelli

Bianca Pitzorno *Tornatras* (illustrato da Quentin Blake), Mondadori Editore, pp. 304, Lit. 24.000

Ci sono dei libri che ci prendono per mano e ci accompagnano verso la quiete notturna; leggiamo una decina di pagine "per prendere sonno", ma in realtà si fatica ad addormentarsi, perché le dieci pagine diventano venti e avanti fino al calare delle palpebre. "Il vaporetto bianco, il 'Peter Stuyvesant' che scaricava gli immigrati dal tanfo e dal pulsare della classe ponte al tanfo e al pulsare dei casamenti di New York, ondeggiava...": inizia la storia di David Schearl, il piccolo ebreo galiziano emigrato a Brooklyn e poi nel Lower East Side di Manhattan. Seguiamo esperienze e fantasticherie nel periodo che va dai sei agli otto anni della sua vita: è un bambino che trova protezione nel sonno, in cui spera di annullare tutte le cose nere che gli fanno paura, che lo turbano, che gli confermano come il mondo, e in particolare l'America, non siano stati creati per lui. Aspettano piuttosto i suoi inevitabili errori, le sue esitazioni, per meglio inchiodarlo alle sue vergogne. Il sonno è dunque un traguardo: quando viene a sapere di certe violenze commesse da suo padre Albert - una figura patetica nelle sue intemperanze e nelle sue rabbie schizoidi, ma ingigantita dai terrori del piccolo - David non vede l'ora di addormentarsi, in modo che il padre in carne e ossa non si distingua più da quello, meno temibile, dei sogni. "Non dire niente" è il comando che di continuo gli viene ripetuto. Glielo raccomandano la madre, il padre, la zia, i bambini del quartiere che lo trascinano in giochi vergognosi e proibiti: tutti hanno qualcosa da nascondere, e David più di chiunque altro. La prima trasgressione è, per lui, il fatto stesso di esserci: non voluto dal padre, adorato troppo dalla madre, David si trova spesso davanti a scene penose cui non dovrebbe assistere, allo scambio di confidenze che intuisce, ma non capisce del tutto. La madre risponde con tono suadente a molte domande del figlioletto " ...e poi ti addormenterai, e dimenticherai tutto."

Nicola D'Andrea

Henry Roth *Chiamalo sonno*, Garzanti, 1999, pp. 512, Lit. 19.000



Sperimentazione clinica in pediatria territoriale: le nostre proposte

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 20-21

Direttivo dell'Associazione Culturale Pediatri

Pubblichiamo il documento che l'ACP, a seguito della pubblicazione sulla G. U. del 18 giugno del decreto sulla sperimentazione in fase III e IV, ha inviato al Ministero della Salute in relazione alla sua applicazione nell'attività della pediatria territoriale. Il documento riprende i motivi dell'editoriale di Quaderni acp comparso nel numero di Aprile 2001.

Premessa

Il Ministero della Salute, Direzione Generale per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza (Ufficio sperimentazione clinica dei medicinali ed uso speciale di farmaci non autorizzati), ha definitivamente licenziato il regolamento per la sperimentazione clinica controllata in medicina generale e pediatria di libera scelta. Il regolamento allinea l'Italia alla stragrande maggioranza dei paesi europei in un momento in cui la regolamentazione per la registrazione del farmaco è stata completamente rivista dal CIPE e permette la commercializzazione dei farmaci in Italia attraverso le procedure centralizzate e di mutuo riconoscimento comunitario. All'interno di questo panorama positivo sembra opportuno soffermarsi sulla ricerca clinica nella popolazione infantile e dell'età evolutiva, ricordando che l'EMEA ha redatto un documento (CPMP/ICH/2711/99) che ha lo scopo di incoraggiare e facilitare lo sviluppo internazionale dei farmaci per uso pediatrico (*Area Pediatrica 2001;1:44*). Il documento risponde alla necessità, emersa anche a livello dell'UE, di far fronte al fenomeno estremamente diffuso dell'impiego di farmaci off-label in pediatria, come è dimostrato da numerosi articoli recentemente comparsi (*NEJM 2000;343:1125* e *Quaderni acp 2000;4:10*) e come emerge dalla pratica corrente dei pediatri.

Il contesto

La ricerca in pediatria ambulatoriale in Italia si è venuta sviluppando in particolare per le iniziative dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) a partire dal seminario di Tarquinia del 1984, orientato a collocare la ricerca nella normale attività dei pediatri di libera scelta.

Nel 1997 l'ACP ha indicato le linee di progetto della ricerca nell'area delle cure primarie (*Medico e Bambino 1997;7:31*) e sono stati formalizzati una segreteria ed un comitato scientifico all'interno dell'associazione per indirizzare i gruppi di ricercatori a sviluppare i progetti, a reperire i finanziamenti e a individuare le priorità della ricerca. La segreteria ha rapporti con la Società Europea di Ricerca in Pediatria Ambulatoriale (SERPA), di cui l'Italia ha attualmente la presidenza, e si trova a coordinare attualmente un insieme di 36 gruppi di pediatri che hanno già consistentemente prodotto ricerca negli ultimi 15 anni. I problemi che stanno attualmente di fronte (*Quaderni acp 2001;2:6* e *Medico e Bambino 2001* in corso di pubblicazione) a chiunque voglia impostare una ricerca organica nel campo dell'infanzia e dell'età evolutiva, riguardano particolarmente:

1. la definizione delle priorità per un utilizzo intelligente delle risorse disponibili;
2. la formazione continua alla ricerca;
3. l'organizzazione di un network consapevole tra i 36 gruppi locali aderenti all'ACP. La segreteria dell'ACP li sta affrontando per dotarsi di uno strumento funzionale alla ricerca ambulatoriale.

Ambito di applicazione

È di grande interesse che sia stata accettata l'opinione, largamente presente in ACP, che "le attività di sperimentazione sono riconosciute come componente integrante e qualificante dell'attività assistenziale" e che rappresentino quindi un'occasione di crescita per la categoria, con importanti ricadute nell'attività quotidiana ed anche nel rapporto col paziente. Per questo piace che sia la parte pubblica ad essere garante della formazione, ma nel con-

tempo avanziamo qualche preoccupazione per quanto riguarda le caratteristiche dello sponsor, che sarà quasi obbligatoriamente privato: c'è il rischio che questo sottostimi la necessità di sperimentare farmaci dedicati alla sola infanzia ed età evolutiva, per mancanza di incentivi economici. Per evitare che questa "discriminazione" a sfavore dell'infanzia continui pare pertanto assolutamente utile che ci si ponga il problema di attivare sperimentazioni sostenute da iniziative pubbliche (ASL o gruppi di ASL), da società scientifiche, da associazioni non profit. Assai positivo sembra il fatto che sia stato precisato che i risultati delle sperimentazioni debbano essere "comunque resi noti".

Rapporti tra paziente, sperimentatore e proponente la ricerca

Particolare attenzione sembra debba essere rivolta, nell'ambito della sperimentazione sui cosiddetti "minori", alla ricerca del consenso informato che comporta un'adesione da parte dei genitori, ma anche del "minore" qualora il suo grado di comprensione lo consenta, indipendentemente dalla personalità giuridica. Un "doppio cieco" ha quindi caratteristiche attuative assolutamente peculiari in ambito di sperimentazioni nell'infanzia fino a diventare ... un "triplo cieco". Il consenso del "minore", poi, acquisterà particolare importanza se esso dovrà sottostare a procedure anche modestamente sgradevoli.

Approvazione del protocollo di sperimentazione

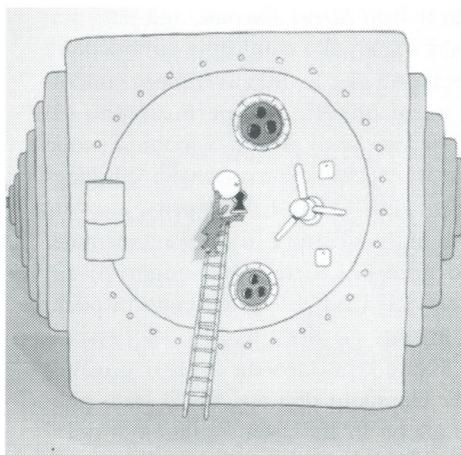
La congruità della sperimentazione sui "minori" trascina l'importanza delle modalità di approvazione delle ricerche che per i primi due anni sarà riservata ad un gruppo integrato di lavoro ad hoc attivato presso la CUF, per passare poi ai Comitati Etici. Ci auguriamo che i Comitati Etici (In Italia sono 240, spesso disomogenei sia per rappresentanza interna che per formazione e spesso non abituati a trattare problematiche infantili) non subiscano passivamente questo periodo di transizione e colgano l'occasione per un attivo coinvolgimento, puntando alla loro crescita culturale anche nel campo spesso trascurato delle problematiche "minorili".

Ruolo e compiti delle ASL e procedure operative per avviare la sperimentazione

Le ASL avranno un ruolo centrale nell'organizzare ed avviare la sperimentazione; avranno anche bisogno di supporto e informazione per comprendere l'importanza degli off-label nei pazienti pediatrici. Sembra assai importante, proprio nell'ambito degli off-label, che venga attuata la disposizione ministeriale che rende obbligatoria la divulgazione dei risultati delle sperimentazioni.

Proposte finali

Per tutte le motivazioni sopra esposte, e che sembra rendano chiare alcune non trascurabili peculiarità della sperimentazione sui bambini, sembra ragionevole proporre che, per quanto riguarda l'area pediatrica, venga costituita una commissione di esperti sulle problematiche della sperimentazione nel campo dell'infanzia e dell'età evolutiva, che affianchi il gruppo integrato di lavoro ad hoc attivato presso la CUF. Questi esperti potrebbero provenire dalle maggiori associazioni rappresentative dei pediatri italiani. Per la nomina e per la definizione dei compiti della commissione ci si dichiara disposti ad una proficua collaborazione. ■



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, Biasini
ore 15.00 - Editoriale
Dal genoma al proteoma *Cao*
Conoscere i geni non basta
ore 16.00 - Dal counselling all'educazione
alla salute *Gangemi*
ore 17.15 - Diarrea post-enteritica
e diarrea aspecifica *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

Il Wall Street Journal attacca l'UNICEF

Marina Spaccini

Pediatra di libera scelta, Trieste

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 22-23

I bambini africani figli di madri HIV-positive possono essere "salvati" mediante l'immissione di latte in polvere nei loro paesi fornito gratuitamente dalle case produttrici? Questo articolo riassume la grossa polemica fra l'UNICEF e il Wall Street Journal di questi mesi.

Il 5 dicembre 2000 il *Wall Street Journal* pubblica un lungo articolo dal titolo: "I bambini africani si ammalano, mentre l'UNICEF litiga con i produttori di latte". Gli autori segnalano che due Case produttrici di formule latte per neonati (Wyeth-Ayerst e Nestlé) dichiarano di essere disposte ad offrire tonnellate di latte in polvere per salvare i bambini africani figli di madri HIV positive, a patto che l'UNICEF dia un segnale di gradimento.

L'articolo in questione, e l'editoriale del giorno successivo, presentano questa proposta come capace di salvare la vita ad almeno un milione e settecentomila bambini, interrompendo il contagio dell'infezione HIV attraverso il latte materno e fermando così il diffondersi dell'epidemia di AIDS nell'Africa Sub-Sahariana.

L'UNICEF, che non accetta l'offerta, viene indicato come responsabile di milioni di morti proprio tra quei bambini dei quali dovrebbe difendere la salute. Il rifiuto dell'UNICEF di permettere queste donazioni sarebbe legato, secondo i commenti dei giornalisti, "a politiche ed ideologie" tali da fare assumere in ogni caso posizioni critiche nei confronti di molte compagnie produttrici di latte artificiale. Questo atteggiamento risale, secondo il *Wall Street Journal*, agli anni settanta ed è legato alle campagne pubblicitarie senza scrupoli che le ditte avrebbero condotto nei paesi poveri. Ora però, dicono gli autori, gli anni sono passati, i problemi sono cambiati, l'AIDS è una triste realtà, e l'atteggiamento dell'UNICEF rappresenta una forma di immobilismo e di chiusura mentale. Questo giudizio fortemente negativo nei confronti dell'UNICEF si diffonde in pochi giorni in tutti gli Stati Uniti e successivamente viene riportato da diversi giornali europei. Un sunto dell'articolo è stato pubblicato anche in Italia da *Repubblica* del 7 dicembre 2000.

Il *Wall Street Journal*, tuttavia, non ha pubblicato né la replica chiarificatrice, pervenuta immediatamente dalla direttrice dell'UNICEF, Carol Bellamy, né quella di Sadig Rasheed, direttore della Divisione Programmi dell'UNICEF, né i molti interventi da parte di rappresentanti della comunità scientifica internazionale, ricchi di dati e di giudizi puntuali e critici.

Il *British Medical Journal* (1) ha dato ampio spazio alla querelle, dando particolare risalto alle motivazioni del "gran rifiuto" dell'UNICEF.

Carol Bellamy sostiene nel suo intervento che gli autori dell'articolo del *Wall Street Journal* hanno sottaciuto alcuni importanti elementi indispensabili alla comprensione della vicenda. Proviamo a riassumerli.

L'OMS stima che l'allattamento materno esclusivo salva la vita a un milione e mezzo di bambini ogni anno nei paesi del terzo mondo; questi dati sono supportati da numerosissime ed importanti evidenze scientifiche. Ricerche evidenziano che la mortalità dei bambini nutriti con formula è dalle quattro alle sei volte maggiore rispetto ai bambini allattati al seno. Ciò è dovuto all'acqua inquinata usata per la diluizione del latte, alla scarsa igiene per una corretta gestione del biberon, agli altissimi costi del latte in polvere per le famiglie con la conseguente iperdiluizione e l'immane malnutrizione, ai deficit immunitari conseguenti alla mancanza del latte materno. E mentre l'articolo del *Wall Street Journal* fa riferimento al milione e settecentomila bambini morti per la trasmissione verticale dell'AIDS negli ultimi vent'anni, non fa riferimento ai quindici milioni di morti negli ultimi dieci anni a seguito dell'uso improprio del latte di formula.

La comparsa dell'AIDS complica però le cose, perché esistono chiare evidenze della possibilità di trasmettere l'infezione attraverso il latte materno.

Secondo i dati ufficiali dell'UNAIDS si calcola che sono circa tre milioni i bambini sotto i 15 anni infettatisi dall'inizio della pandemia ad oggi e che circa 600 mila si infettano annualmente. Il rischio addizionale di trasmettere l'infezione attraverso il latte materno è circa del 15%. Fino al 1998, nel valutare il rischio di infezione attraverso il latte non si distingueva tra l'allattamento esclusivo e quello complementare, ma una successiva ricerca pubblicata sul *Lancet* (2) nel 1999 ha dimostrato una capacità infettante molto più elevata nel caso di allattamento complementare (LM + formula) rispetto all'allattamento esclusivo. Inoltre, uno studio randomizzato, pubblicato su *Jama* (3) ha evidenziato una uguale mortalità a due anni tra bambini allattati al seno e no, anche se i primi avevano una maggior incidenza di HIV, e ha dimostrato che la mancanza di latte materno aumenta il rischio di morte per altre cause.

La prevalenza dell'infezione da HIV nell'Africa Sub-Sahariana è molto alta; si stima che 8 donne su 10 sieropositive al mondo e 9 bambini su 10 nuovi infetti vivono in questa regione. La prevalenza di gravide infette varia da stato a stato, e tra aree rurali e urbane, dal 10% al 40%. È essenziale ricordare che meno del 5% delle donne conosce il proprio stato di sieropositività per l'impossibilità a sottoporsi al test.

Con queste premesse ci si rende conto



meglio della complessità della situazione e del valore della proposta dell'UNICEF che mira non ad offrire a tutte le donne indiscriminatamente latte in polvere, ma a cercare di aumentare la possibilità dell'esecuzione del test per l'HIV e di ricevere un counselling appropriato per consentire loro di decidere se nutrire il proprio bambino al seno o con la formula. In questo caso l'UNICEF offre un latte non donato da ditte compiacenti, ma regolarmente comprato da compagnie che non hanno precedenti storie di violazione del Codice. Prendendo spunto da dati e riflessioni comparsi in queste letture, bisogna fare alcune considerazioni.

È sconcertante il modo scandalistico con cui è stato portato avanti un tema di salute pubblica così complesso e la superficialità e "prevenzione" con cui è stato trattato il confronto tra UNICEF e compagnie produttrici di latte. Per rendere giornalisticamente attraente la questione, il modo più semplice ed efficace è stato denigrare l'UNICEF.

Dagli articoli pubblicati sui giornali l'immagine dell'UNICEF esce duramente colpita, proprio mentre si sta impegnando con energia nell'affrontare la grossa sfida della riduzione della mortalità infantile, mentre si fa sempre più pesante il problema della trasmissione verticale dell'AIDS.

Le ditte produttrici di lattini hanno approfittato ancora una volta per trarre un vantaggio, di immagine prima ed economico poi, atteggiandosi a benefattrici dei bambini poveri e passando sotto silenzio molti aspetti cruciali, conseguenti alle loro "benevole" donazioni. C'è da chiedersi, difatti, cosa sarebbe successo quando queste "donazioni" sarebbero terminate!

Sembra doveroso sottolineare l'idea ingannevole che l'uso del latte di formula offra una facile soluzione al gravissimo problema dell'epidemia di AIDS.

È da condividere il ringraziamento al *BMJ* fatto da parte di un lettore, per essere l'unica rivista medica che ha dato spazio a questo dibattito, visto che gli operatori sanitari hanno un grandissimo bisogno di interventi chiari ed onesti su temi di tale portata.

Articoli come questi sembrano destinati a colpire i lettori con messaggi semplici (o

semplificistici?) secondo un pragmatismo tipico della realtà nord americana, che vuole "andare diritto al sodo" e che considera gli aspetti etici e le grandi scelte di fondo di organismi sopranazionali, come l'UNICEF, come delle inutili complicazioni, di fronte all'importanza dell'argomento sviluppato.

Questo modo di esprimersi dimostra una volta di più il tentativo di imporre l'allineamento con un modello di cultura dominante, che tende a cancellare riflessioni, dubbi e perplessità e che punta ad essere agile, penetrante, efficiente. Quasi uno spot pubblicitario. Appunto, commerciale.

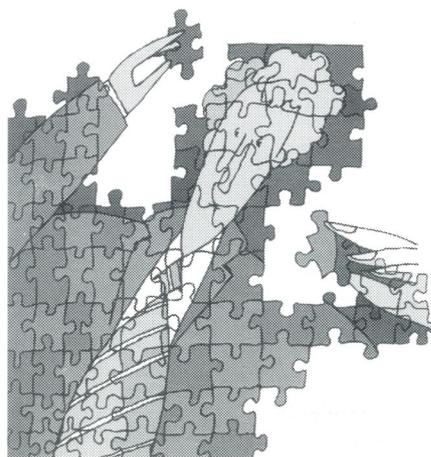
La nostra esperienza ci dice che i fatti della medicina, quelli che cambiano la vita degli uomini, continuano ad essere fenomeni di cultura che sono fatti di riflessioni, dubbi e perplessità. ■

Bibliografia

(1) Yamey Gavin The milk of human kindness *BMJ* 2001;322:57

(2) Coutsoudis A et al. for the South African Vitamin A Study Group. Influence of infant -feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet* 1999;354:471

(3) Nduati et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on the transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *Jama* 2000;283:1167



La stanza del figlio

Italo Spada

Comitato Cinematografia dei ragazzi

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 24

Questa recensione, come dice il suo autore, forse non avrebbe dovuto trovare spazio in questa rubrica. Lo trova perché questo film, che mette in scena la morte prematura, ha sollevato discussioni e confronti in tutto il pubblico che lo ha visto, per l'universalità di un tema che ci trova tutti impreparati: l'essere posti davanti ad un dolore immenso e senza giustificazione, in questo caso la morte di un figlio. Tanto è profondo e intimo, che persino il nostro commentatore, e per la prima volta, cita un episodio personale.

La cosa più sconcertante del dolore è che arriva senza preavviso. Di più: arriva lo stesso giorno in cui ci siamo convinti di avere raggiunto la completa felicità. Non siamo i primi ad occuparci dell'ultimo film di Nanni Moretti, *La stanza del figlio*, imperniato sul tema della morte accidentale di un ragazzo e del dolore che si abbatte su tutta la sua famiglia. Probabilmente qualcuno obietterà che questa rubrica non avrebbe dovuto mai occuparsene, giacché solitamente prende in esame quei film che hanno come protagonisti i bambini, non i giovani in generale. È un'obiezione lecita alla quale posso rispondere solo citando un episodio personale. Ho perso mia madre quando ero già adulto. Durante le vacanze, andavo sempre a trovarla e, tra le tante cose che mi divertivano, ce n'era una che mi faceva particolarmente felice; era il suo modo di chiamarmi, addirittura di trattarmi. Per lei non sono mai cresciuto: continuavo ad essere il suo piccolino. Un giorno, quando le feci notare che certi diminutivi e vezzeggiativi stonavano un po' con la mia età, mi disse: "per una madre, i figli non crescono mai". Nel film di Moretti ci si commuove perché muore un figlio, uno che resterà eterno bambino per i suoi genitori. Tante altre volte il cinema si era interessato alla morte prematura, ed in tal senso la "novità" è relativa; di originale, questa volta, c'è la descrizione della quotidianità dei gesti, l'aver puntato l'obiettivo sull'antipoetico fluire dei giorni svuotati di una presenza cara. Lo spettatore, in tal modo, è testimone dell'improvvisa rivoluzione che si abbatte su una famiglia borghese che ha tutto e che si ritrova a piangere impotente intorno ad una bara. Il passaggio dalla serenità alla tristezza è repentino; non più le allegre e spensierate gite in macchina, il salutare footing e la passionale partecipazione a gare sportive, ma il mesto rito di scrivere bigliettini di ringraziamento agli amici compartecipi del dolore, il silenzioso rispolverare di ricordi, il disperato tentativo di fare rivivere in

qualche modo l'impossibile aggrappandosi ad una persona sbucata dal nulla che avrebbe potuto in seguito fare anche parte del nucleo familiare. Siamo, come è stato rilevato da molti, di fronte ad un Moretti diverso, un Moretti che ha cambiato registro e ha messo d'accordo sia quanti lo adoravano (i morettiani), sia quanti lo trovavano odioso, spocchioso ed eccessivamente autobiografico. Nei suoi precedenti film le convinzioni sociopolitiche prevalevano sull'evolversi dei fatti; qui balza in primo piano il racconto filmico, la narrazione della storia. E sarebbe stata una storia come le altre se egli (e con lui tutti gli altri ottimi attori, da Laura Morante ai giovani Jasmine Trinca e Giuseppe Sanfelice) non ci avesse messo del suo e se non avesse scelto di narrarla prediligendo gesti, momenti, espressioni che sono di tutti. Ad imporci delle riflessioni su qualcosa che naturalmente siamo portati ad accantonare non è solo il tema della morte di un ragazzo - "la morte dei vecchi è un approdare al porto, ma quella dei giovani è un naufragio", si legge in un frammento di Plutarco -, ma anche le difficoltà psicologiche che i familiari devono affrontare per superare il dolore. Un dolore che si trasforma in domande senza risposta e in inutili se ("Se quel giorno non fossi andato...; se ci fosse stata un'altra combinazione di circostanze; se...") e sbatte inevitabilmente sul mistero della morte prematura, sull'osservazione di Erich Fromm: "Morire è tremendo, ma l'idea di dover morire senza aver vissuto è insopportabile". Per renderla meno insopportabile, Moretti indica la soluzione dell'accettazione degli altri e dell'apertura alla vita che continua. Certo, si può anche discutere e non condividere questa sua scelta per arrivare al superamento del dolore, ma perché giudicarla, come qualcuno ha fatto, superficiale? Un film non è un testo di filosofia, o di teologia; e, allora, perché chiedere ad un regista quelle risposte che solitamente stentano a dare anche i saggi e i religiosi? ■

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

PREVENAR - Riassunto delle caratteristiche di prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE Prevenar sospensione iniettabile Vaccino pneumococcico saccaridico coniugato, adsorbito

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ciascuna dose da 0,5 ml contiene:

Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 4*	2 microgrammi
Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 6B*	4 microgrammi
Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 9V*	2 microgrammi
Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 14*	2 microgrammi
Oligosaccaride pneumococcico del sierotipo 18C*	2 microgrammi
Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 19F*	2 microgrammi
Polisaccaride pneumococcico del sierotipo 23F*	2 microgrammi

* Coniugato alla proteina vettore CRM₁₉₇ ed adsorbito su fosfato di alluminio (0,5 mg) Per gli eccipienti, vedere 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Sospensione iniettabile. **4. INFORMAZIONI CLINICHE** **4.1 Indicazioni terapeutiche** Immunizzazione attiva di lattanti e bambini piccoli da 2 mesi fino a 2 anni di età contro la patologia invasiva (incluse batteriemia, sepsi, meningite, polmonite batteriemia), causate dai sierotipi 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F dello *Streptococcus pneumoniae*. L'uso di Prevenar dovrebbe essere valutato sulla base delle raccomandazioni ufficiali, tenendo in considerazione la variabilità dell'epidemiologia dei sierotipi e l'impatto della patologia nelle diverse aree geografiche (vedere paragrafo 5.1).

4.2 Posologia e modo di somministrazione Il vaccino deve essere somministrato per iniezione intramuscolare. I siti preferiti sono la superficie anterolaterale della coscia (muscolo vasto laterale) nei lattanti, oppure il muscolo deltoide del braccio nei bambini piccoli. **Lattanti di età inferiore ai 6 mesi:** tre dosi, ciascuna da 0,5 ml, con un intervallo di almeno 1 mese tra le dosi e la prima somministrata generalmente al 2° mese di età. Una quarta dose è raccomandata durante il secondo anno di vita. **Bambini di età superiore e bambini precedentemente non vaccinati: Bambini di età compresa tra 7 e 11 mesi:** due dosi, ciascuna da 0,5 ml, con un intervallo di almeno 1 mese tra le dosi. Una terza dose è raccomandata durante il secondo anno di vita. **Bambini di età compresa tra 12 e 23 mesi:** due dosi, ciascuna da 0,5 ml, con un intervallo di almeno 2 mesi tra le dosi. Non è stata stabilita la necessità di una dose di richiamo successiva a tale programma di vaccinazione.

Programma di vaccinazione: Il programma di vaccinazione con Prevenar dovrebbe basarsi sulle raccomandazioni ufficiali.

4.3 Controindicazioni Ipersensibilità ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti o al

fossoide differico. **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego** Come per tutti gli altri vaccini, la somministrazione di Prevenar deve essere rimandata nei soggetti che sono affetti da

uno stato febbrile acuto, moderato o grave. Come per tutti i vaccini iniettabili, devono essere

sempre prontamente disponibili un appropriato trattamento ed una supervisione medica, nel

caso si verificasse un raro evento anafilattico conseguente alla somministrazione del vaccino.

Prevenar non protegge dai sierotipi di *Streptococcus pneumoniae* diversi da quelli inclusi nel vaccino,

né da altri microrganismi che causano patologia invasiva o otite media. Questo vaccino

non deve essere somministrato a lattanti o bambini affetti da trombocitopenia o da qualsiasi

disordine della coagulazione che possa rappresentare controindicazione per l'iniezione intramus-

colare, a meno che il potenziale beneficio superi, in modo evidente, il rischio della sommini-

strazione. Anche se si può verificare qualche risposta anticorpale al fossoide differico, l'immu-

nizzazione con questo vaccino non sostituisce l'abituale immunizzazione differica. I bambini con

una risposta immunitaria compromessa, dovuta o all'impiego di una terapia immunosoppressi-

va, ad un difetto genetico, ad infezione da HIV o ad altre cause, possono avere una risposta anti-

corpale ridotta alla immunizzazione attiva. I dati sulla sicurezza e l'immunogenicità in bambini

affetti da anemia a cellule falciformi sono limitati e, non ancora disponibili, sono quelli per bam-

bini appartenenti ad altri specifici gruppi ad elevato rischio per la patologia pneumococcica inva-

siva (es. bambini con disfunzione splenica congenita ed acquisita, infetti da HIV, tumore maligno,

sindrome nefrosica). La vaccinazione in gruppi ad elevato rischio deve essere valutata su

base individuale. L'uso del vaccino pneumococcico coniugato non sostituisce l'uso del vaccino

pneumococcico polisaccaridico 23-valente nei bambini di età ≥ 24 mesi con malattie che li ren-

dono a più elevato rischio per la patologia invasiva dovuta a *Streptococcus pneumoniae* (quali

anemia a cellule falciformi, asplenia, infezione da HIV, malattie croniche oppure soggetti immu-

no-compromessi). Quando raccomandato, i bambini di età ≥ 24 mesi ad alto rischio, preceden-

te immunizzati con Prevenar, devono ricevere il vaccino pneumococcico polisaccaridico

23-valente. Sulla base di dati limitati, l'intervallo tra il vaccino pneumococcico coniugato

(Prevenar) ed il vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente non deve essere inferiore

alle 8 settimane. Per i bambini di età compresa tra 2 anni e 5 anni, è stato adottato un pro-

gramma di vaccinazione a dose unica. Sono disponibili solo dati limitati. È stata osservata una

maggiore incidenza di reazioni locali, in particolare dolorabilità al tatto, nei bambini di età supe-

riore a 24 mesi rispetto ai lattanti (vedere paragrafo 4.8). Si raccomanda un trattamento profi-

lattico antipiretico: - In tutti i bambini che ricevono Prevenar contemporaneamente a vaccini della

perosse a cellule intere, a causa della più elevata incidenza di reazioni febbrili (vedere paragrafo

4.8). - Nei bambini con disordini di natura epilettica o con una precedente anamnesi di convul-

sioni febbrili. Qualora necessario o quando la temperatura supera i 39 °C, deve essere ini-

ziato un trattamento antipiretico. Non somministrare Prevenar per via endovenosa. **4.5 Interazioni**

con altri medicinali ed altre forme d'interazione Prevenar può essere somministrato contemporanea-

mente ad altri vaccini pediatrici, in conformità con il programma di vaccinazione raccomanda-

to. Vaccini iniettabili diversi devono sempre essere somministrati in siti di iniezione diversi. La

risposta immunitaria alle abituali vaccinazioni pediatriche, somministrate contemporaneamente

a Prevenar in differenti siti di iniezione, è stata valutata in 7 studi clinici controllati. La risposta

anticorpale ai vaccini Hib coniugato con proteina tetanica (PRP-T), tetano ed Epatite B (HepB)

è stata simile ai controlli. Per il vaccino coniugato Hib-CRM è stato osservato, nel gruppo dei lat-

tanti, un aumento della risposta anticorpale ad Hib e differite. Alla dose di richiamo, è stata osser-

vata una certa soppressione del livello anticorpale Hib, ma tutti i bambini mantenevano livelli

protettivi. È stata osservata una riduzione non significativa della risposta all'antigene della per-

osse così come al vaccino polio inattivato (IPV). Il significato clinico di queste interazioni non è

noto. Risultati limitati, provenienti da studi in aperto, hanno mostrato per MMR e varicella una

risposta accettabile. Non sono ancora disponibili i dati relativi alla somministrazione concomi-

stante ai vaccini esavalenti (DTaP/PRP-T/PPV/HepB). Non sono disponibili dati relativi alla som-

ministrazione contemporanea con i vaccini meningococcici coniugati gruppo C. **4.6 Gravidanza**

ed allattamento Prevenar non è indicato per l'utilizzo negli adulti. Non sono disponibili informa-

zioni sulla sicurezza del vaccino quando utilizzato durante la gravidanza e l'allattamento. **4.7**

Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari Non pertinente. **4.8 Effetti indesiderati** La

sicurezza del vaccino è stata valutata in diversi studi clinici controllati che hanno coinvolto più

di 18.000 bambini sani (da 6 settimane fino a 18 mesi di età). La maggior parte dell'esperien-

za sulla sicurezza deriva da studi di efficacia in cui 17.066 bambini hanno ricevuto 55.352 dosi

di Prevenar. La sicurezza è stata valutata anche in bambini più grandi non vaccinati preceden-

te. In tutti gli studi, Prevenar è stato somministrato contemporaneamente ai vaccini racco-

mandati per l'infanzia. Tra le reazioni avverse più comunemente riportate, sono

state le reazioni nel sito di iniezione e la febbre. Nessun aumento delle reazio-

ni locali o sistemiche tra le dosi ripetute è stato osservato durante tutta la serie

primaria. Alla dose di richiamo, è stata riportata una più alta incidenza di dolo-

rabilità temporanea al tatto (36,5% di cui il 18,5% che interferiva con il movimento degli arti).

Sono disponibili dati limitati su bambini più grandi nei quali è stata osservata una maggior inci-

denza di reazioni locali, principalmente di natura temporanea, a seguito di una dose unica. Nei

bambini di età compresa tra 36-59 mesi, la dolorabilità al tatto è stata riportata fino al 58% dei

bambini, nel 20% dei quali interferiva con il movimento degli arti. La reattogenicità è stata più

elevata nei bambini che ricevevano contemporaneamente vaccini della perosse a cellule intere.

In uno studio su 1.662 bambini, è stata riportata febbre ≥ 38 °C nel 41,2% dei bambini che

avevano ricevuto Prevenar contemporaneamente a DTP, in confronto al 27,9% del gruppo di

controllo. Nel 3,3% dei bambini è stata riportata febbre > 39 °C, in confronto all'1,2% del grup-

po di controllo. Le reazioni locali e gli eventi sistemici verificatisi nei 2 o 3 giorni successivi alla

vaccinazione sono stati elencati, per tutti i gruppi di età, per sistema corporeo e frequenza nella

seguinte tabella. **Molto comuni ($\geq 10\%$): Disturbi generali e condizioni del sito di iniezione:**

Reazioni nel sito di iniezione (es. eritema, indurimento/gonfiore, dolore/dolorabilità al tatto)

Febbre ≥ 38 °C, irritabilità, sonnolenza, sonno agitato **Disturbi gastrointestinali:** Diminuzione

dell'appetito, vomito, diarrea **Comuni ($\geq 1\%$ e $< 10\%$): Disturbi generali e condizioni del sito di**

iniezione: Gonfiore ed eritema $> 2,4$ cm Dolorabilità che interferisce con il movimento Febbre $>$

39 °C **Non comuni ($\geq 0,1\%$ e $< 1\%$): Reazioni cutanee e sottocutanee:** Rash/Orticaria **Rari (\geq**

0,01% e $< 0,1\%$): Disturbi del sistema nervoso: Convulsioni **Disturbi generali e reazioni nel sito**

di iniezione: Manifestazioni ipotoniche iporesponsive **4.9 Sovradosaggio** Non sono stati riportati

caso di sovradosaggio. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE** **5.1 Proprietà farmacodinamiche** Categoria

farmacoterapeutica: vaccini pneumococcici, codice ATC: J07AL. La valutazione dell'efficacia

contro la patologia invasiva è stata ottenuta nella popolazione degli Stati Uniti, dove la copertu-

ra dei sierogruppi del vaccino variava dall'89 al 93%. In Europa, la copertura è più bassa e varia

da paese a paese. La copertura valutata per i bambini di età inferiore ai 2 anni è più bassa nel

nord Europa e più alta nel sud Europa. Di conseguenza, nei bambini europei con meno di 2 anni

di età, Prevenar è in grado di coprire tra il 71% e l'86% degli isolati da patologie pneumococ-

ciche invasive (IPD). Più dell'80% dei ceppi antibiotico resistenti sono coperti dai sierotipi inclu-

si nel vaccino. **Efficacia contro la patologia invasiva.** L'efficacia contro la patologia invasiva è

stata valutata in uno studio clinico su vasta scala, randomizzato, in doppio cieco, condotto su

una popolazione multi-etnica nella California settentrionale (studio clinico Kaiser Permanente).

Più di 37.816 lattanti sono stati immunizzati all'età di 2, 4, 6 e 12-15 mesi con Prevenar o con

un vaccino di controllo (vaccino meningococcico coniugato gruppo C). Al momento dello stu-

dio, i sierotipi contenuti nel vaccino erano stimati responsabili dell'89% dell'IPD. Durante un

periodo di follow-up in cieco protrattosi fino al 20 Aprile 1999, si sono verificati un totale di 52

caso di patologia invasiva causata dai sierotipi del vaccino. L'efficacia specifica valutata per i

sierotipi del vaccino è stata del 94% (81, 99-95% IC) nella popolazione "intent-to-treat" e del

97% (85, 100-95% IC) nella popolazione "per protocol" (completamente vaccinati) (40 casi).

La corrispondente valutazione per i sierogruppi del vaccino è del 92% (79, 98-95% IC) per la

popolazione "intent-to-treat" e del 97% (85, 100-95% IC) per la popolazione completamente

vaccinata. In Europa, la stima di efficacia varia dal 65% al 79% quando si considera la copertu-

ra del vaccino dei sierogruppi che causano patologia invasiva. Nello studio Kaiser, l'efficacia

è stata dell'87% (7, 99-95% IC) contro la polmonite batteriemia causata dai sierotipi di *S.*

pneumoniae contenuti nel vaccino. È stata valutata anche l'efficacia contro la polmonite (non è

stata effettuata la conferma microbiologica della diagnosi). La riduzione del rischio stimato per

la polmonite clinica con alterazioni radiologiche è stata del 33% (6, 52-95% IC) e per la pol-

monite clinica con consolidamento del 73% (36, 90-95% IC) nell'analisi "intent-to-treat".

Ulteriori dati clinici. I risultati degli studi clinici supportano l'efficacia di Prevenar contro l'otite

media causata dai sierotipi del vaccino, tuttavia l'efficacia è risultata più bassa rispetto a quella

nella patologia invasiva. L'efficacia di Prevenar contro l'otite media acuta (OMA) è stata valuta-

ta, come obiettivo primario, in uno studio clinico randomizzato in doppio cieco condotto su

1.662 bambini finlandesi e, come obiettivo secondario, nello studio clinico della California set-

tenzionale. La valutazione dell'efficacia del vaccino contro le OMA da sierotipi del vaccino nello

studio finlandese è stata del 57% (44, 67-95% IC). Nell'analisi "intent-to-treat" l'efficacia del

vaccino è stata del 54% (41, 64-95% IC). Nei soggetti vaccinati è stato osservato un incre-

mento del 34% delle OMA dovute ai sierogruppi non contenuti nel vaccino. Comunque, il miglio-

ramento complessivo è stato una riduzione statisticamente significativa (34%) dell'incidenza di

tutte le OMA da pneumococco. Per l'otite media ricorrente (≥ 3 episodi in 6 mesi oppure 4 in 12

mesi) l'impatto del vaccino nello studio finlandese è stato di una riduzione statisticamente

significativa del 16% (-6, 35-95% IC). Nello studio della California settentrionale, l'impatto del

vaccino è stato di una riduzione statisticamente significativa del 9,5% (3, 15-95% IC). Nella

California settentrionale, ci fu anche una riduzione del 20% (2, 35-95% IC) delle timpanosto-

mie con profesi nei soggetti vaccinati. Nello studio finlandese, l'impatto del vaccino sul numero

totale degli episodi di otite media, non considerando l'etiologia, è stato di una riduzione stati-

sticamente non significativa del 6% (-4, 16-95% IC) mentre, nello studio della California set-

tenzionale, l'impatto del vaccino è stato di una riduzione statisticamente significativa del 7% (4,

10-95% IC). **Immunogenicità.** Gli anticorpi indotti dal vaccino contro il polisaccaride capsulare

specifico di ciascun sierotipo sono considerati protettivi nei confronti della patologia invasiva.

Non è stata valutata per alcun sierotipo la concentrazione anticorpale minima protettiva per

la patologia invasiva. Nei lattanti che ricevevano Prevenar è stata osservata una risposta anticor-

pale significativa a tutti i sierotipi del vaccino a seguito di tre e quattro dosi, anche se le con-

centrazioni geometriche medie variavano tra i sierotipi. Per tutti i sierotipi, il picco di risposta nella

serie primaria è stato osservato dopo 3 dosi, con un potenziamento dopo la 4ª dose. Prevenar

induce anticorpi funzionali per tutti i sierotipi del vaccino, come misurato tramite l'opsonofago-

citosi successiva alla serie primaria. La persistenza a lungo termine degli anticorpi dopo il com-

pletamento della vaccinazione non è stata indagata nei lattanti e nei bambini più grandi (immu-

nizzazione di "catch-up"). Una semplice stimolazione antigenica polisaccaridica al 13° mese

successivo alla serie primaria con Prevenar, ha determinato una risposta anticorpale anamnes-

tica per i 7 sierotipi contenuti nel vaccino; ciò è indice di attivazione immunologica. **5.2**

Proprietà farmacocinetiche Per i vaccini non è richiesta la valutazione delle proprietà farmacococ-

ciche. **5.3 Dati preliminari di sicurezza** Uno studio di tossicità da dose ripetuta del vaccino pneumo-

coccico coniugato condotto su conigli non ha rilevato alcun significativo effetto tossico locale o

sistemico. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE** **6.1 Elenco degli eccipienti** Cloruro di sodio, acqua per

preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità** In assenza di studi di compatibilità, il medicinale non

deve essere miscelato con altri prodotti. **6.3 Periodo di validità** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per**

la conservazione Conservare a temperatura compresa tra 2 °C e 8 °C (in frigorifero). Non congela-

re. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** 0,5 ml di sospensione per iniezione in flaconcino (vetro

di tipo I) con un tappo grigio in gomma butilica - confezioni da 1 e 10. È possibile che non tutte

le confezioni siano commercializzate. **6.6 Istruzioni per l'impiego, la manipolazione e per lo smalti-**

mento A seguito della conservazione, può essere osservato un deposito bianco ed un sovrana-

te chiaro. Prima della somministrazione, il vaccino deve essere agitato accuratamente fino ad

ottenere una sospensione bianca omogenea e deve essere ispezionato visivamente per qualsi-

si elemento corpuscolare e/o variazione dell'aspetto fisico. Non utilizzarlo se il contenuto appa-

re diverso. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Wyeth Lederle

Vaccines S.A. Rue du Bosquet, 15 B-1348 Louvain-la-Neuve Belgio **8. NUMERO(I) DELL'AUTO-**

RIZZAZIONE (DELLE AUTORIZZAZIONI) ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO EU/1/00/167/001 - 1 flaco-

ncino. Numero di identificazione nazionale: 035053014/E

EU/1/00/167/002 - 10 flaconcini. Numero di identificazione nazionale: 035053026/E **9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTO-**

RIZZAZIONE 2 febbraio 2001 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO**

WYETH LEDERLE
VACCINI

Le dosi di radiazioni degli esami

Il *Royal College of Radiologist* di Londra ha pubblicato un volumetto sul buon uso degli esami radiologici. Pubblichiamo una **Tabella** di grande interesse che pone

Torace	1
Cranio	3,5
Rachide toracico	35
Rachide lombare	65
Anca	15
Pelvi	35
Addome	50
Pielografia	125
Tubo digerente con bario	75
Clisma con bario	350
TAC cranio	115
TAC Torace	400
TAC addome e pelvi	500
Scintigrafia renale con tecnezio	50

uguale a 1 la dose di radiazioni che subisce un paziente per un esame radiologico del torace e su questa misura gli effetti degli altri esami. Per esempio una radiografia del cranio equivale a 3,5 radiografie del torace (*Guidelines 1998;1:13*).

red.

Dipartimenti fragili

La costituzione dei dipartimenti delle AUSL o delle AO, secondo il Rapporto OASI 2000 del Cergas Bocconi, sembra essere basata su strutturazioni fragili. Il capo dipartimento ha funzioni gerarchiche solo nel 38% dei casi e negozia il budget nel 45%, in un quarto dei dipartimenti la negoziazione è lasciata alle Unità Operative (i vecchi reparti o servizi). Secondo la commissione d'inchiesta parlamentare sul sistema sanitario (*ASI 2001;13:2*), i dipartimenti di prevenzione sono stati costituiti in tutte le ASL, ma la loro operatività appare limitata per mancanza di attribuzione di finanziamenti. La stessa

commissione rileva che tutte, o quasi, le ASL si sono dotate di una carta dei servizi, ma sono pochissime quelle che ne rispettano i contenuti e che si sono date strumenti di garanzia a tutela degli utenti.

red.

Accessi alle strutture di pronto soccorso

Nella **Tabella** sottostante (*Sole 24 Ore - Sanità 12-18/6/01*) sono riportati i dati relativi al numero di accessi al pronto soccorso nelle regioni e province autonome, con la percentuale di ricoveri e il numero di accessi/1.000 abitanti.

I dati sono riferiti ad adulti e bambini e, secondo le strutture, possono comprendere l'attività di accettazione. I dati rivelano delle differenze, a volte notevoli, tra le regioni e province autonome che fanno pensare a un sistema per l'emergenza sani-

taria poco omogeneo. Il primato negli accessi/1.000 abitanti è dell'Abruzzo con 516, seguito dal Veneto (455), dalla Sicilia (439) e dal Lazio (437). Ma le variazioni maggiori sono nella percentuale di ricoveri: si va dal 14,2% del Piemonte al 34,4% della Calabria, al 41,5 del Molise, al 45% della Puglia, al 47,7 % dell'Abruzzo fino al 61,5% della Basilicata. Le altre Regioni stanno dentro valori che oscillano tra il 20,2% dell'Emilia Romagna e il 26,8% della Sicilia. Le province autonome hanno situazioni totalmente difformi: Bolzano 395 accessi/1.000 abitanti con il 17,3% di ricoveri, Trento 87 accessi/1.000 abitanti con il 91% di ricoveri.

I dati confermano clamorosamente una impressione ormai consolidata.

Non esiste né una politica, né linee guida per il sistema dell'emergenza-urgenza, o anche più semplicemente per la gestione dei Pronto Soccorsi e per i loro rapporti con i rispettivi territori.

g. m.

Tabella. Accessi al pronto soccorso nelle strutture di ricovero pubbliche e private

Regione	Accessi	Ricoverati	% Ricov.	Acc/1000 ab
Piemonte	1.775.316	252.688	14,2	414
Valle D'Aosta	35.724	8.266	23,0	299
Lombardia	3.483.205	738.266	21,2	387
P.a. Bolzano	180.634	31.212	17,3	395
P.a. Trento	40517	36.864	91,0	87
Veneto	2.034.541	499.919	24,6	455
Friuli V. G.	465.882	109.586	23,5	393
Liguria	654.255	497.430	23,7	398
E. Romagna	1.532.260	309.155	20,2	388
Toscana	1.147.708	263.390	22,9	325
Umbria	327.424	74.508	22,8	394
Marche	593.990	143.323	24,1	409
Lazio	2.289.615	540.514	23,6	437
Abruzzo	658.134	313.668	47,7	516
Molise	135.119	56.024	41,5	410
Campania	2.378.704	554.763	23,3	410
Puglia	1.466.381	660.314	45,0	359
Basilicata	205.982	126.624	61,5	337
Calabria	722.571	247.687	34,3	349
Sicilia	2.242.703	601.754	26,8	439
Sardegna	437.780	100.155	22,9	263
Italia	22.808.445	5.823.947	22,5	396



Troppi raggi ai bambini con la TAC

I bambini che fanno una Tomografia computerizzata possono ricevere dosi di radiazioni cinque volte più alte del necessario, i radiologi possono facilmente ridurre le dosi di irradiazione senza compromettere la qualità delle immagini. Questo scrive la Commissione inglese sulla protezione dalle radiazioni (*Lancet* 2001;357:285).

g.c. b.

"Botte" ai pediatri

"La natura della pediatria è tale che i pediatri possono subire più degli altri medici attacchi verbali e fisici ad opera di genitori stressati". Così ha scritto Gerry Machin e ha proposto che ai pediatri inglesi sia fornita una formazione per affrontare questo rischio (*Arch Dis Child* 2001;84:106).

g.c. b.

Terapie sbagliate per i bambini

Secondo una ricerca condotta a Boston, nel *Children Hospital*, errori di somministrazione di farmaci ai bambini ricoverati sono comuni (*JAMA* 2001;285:2114). In un gruppo di 1.120 bambini ricoverati, in un periodo di 6 settimane, sono state effettuate 10.778 somministrazioni di farmaci con 614 errori, pari al 5,7% delle somministrazioni.

red.

Cala l'uso del GH in Piemonte

L'istituzione di un registro regionale dei trattati con GH ha determinato, in Piemonte, una discreta razionalizzazione dell'uso del farmaco. Il numero dei trattati prima dell'istituzione del registro (1998) era di 583; al dicembre 2000 si è ridotto a 503. Attualmente il tasso di trattati per

10.000 bambini residenti è 5,37. Non ci sono dati delle altre regioni, l'esempio del Piemonte è rimasto unico. Il comunicato della commissione regionale rivela però alcune inapproprietezze sia nell'interpretazione dei dati di laboratorio, sia nella selezione della casistica sulla base della statura dei bambini.

red.

Laura Bush per "Nati per Leggere"

Nel mese di luglio Laura Bush, durante una visita in Italia, è stata in Toscana e a Roma. Già prima di arrivare in Italia aveva chiesto di incontrare i rappresentanti italiani di "Nati per leggere". L'iniziativa le era stata segnalata dai pediatri americani di Reach out and Read (ROR) e, al recente congresso della Fondazione del ROR, aveva incontrato la pediatra napoletana Stefania Manetti, invitata negli USA come rappresentante di "Nati per leggere".

L'incontro con i rappresentanti italiani del progetto è avvenuto all'Ospedale Mayer di Firenze che la first lady ha visitato intrattenendosi con i bambini e i dirigenti; erano presenti, per l'ACP e il CSB, Stefania Manetti, Giancarlo Biasini e Monica Pierattelli. Stefania Manetti ha riassunto brevemente lo stato del progetto italiano

che i nostri lettori conoscono perfettamente. Monica Pierattelli ha presentato il progetto che i pediatri di famiglia stanno attuando nel quartiere 4 di Firenze (libri negli ambulatori, un "ricettario" sulla lettura, l'invito a frequentare le biblioteche, indicazioni ai genitori su "come leggere") e quello dell'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio (libri a tutti i dimessi dall'ospedale). È stata poi presentata un'iniziativa del Mayer sulla lettura come strumento di distrazione del bambino dalle sensazioni dolorose. Ad una domanda sulle difficoltà del progetto italiano, Stefania Manetti ha fatto presente che non c'è alcuna difficoltà a coinvolgere i pediatri, ma è molto difficile trovare i fondi necessari a sviluppare il progetto. Laura Bush ha convenuto che le stesse difficoltà sono presenti negli USA e ha sottolineato la sua fiducia nel significato profondo di queste iniziative.

red.

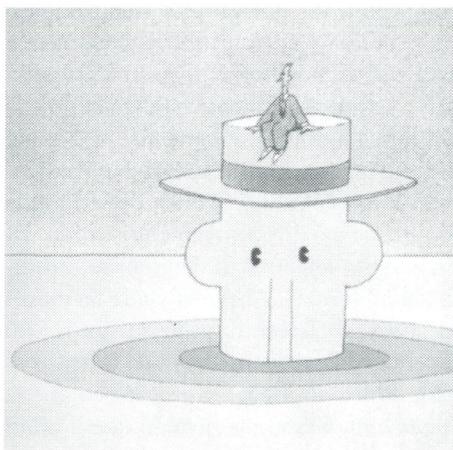
Libri per ragazzi: nomination 2000

Ventisei esperti (docenti, scrittori, studiosi, giornalisti, librai) interpellati da *LiBeR* hanno definito quali sono stati i migliori libri per ragazzi usciti nel 2000.

Questa la classifica con titolo, autore e editore:

1. Il vento di Santiago (Paola Zannoner, Junior Mondadori), 9 segnalazioni;
2. Tornatras (Bianca Pitzorno, Mondadori Contemporanea), 8 segnalazioni;
3. Cenerentola (Charles Perrault, illustrato da Roberto Innocenti, C'era una volta), 6 segnalazioni;
4. Le tredici vite del capitano Orso Blu (Walter Moers, Salani), 4 segnalazioni;
5. I contrari (Pittau e Gervais, Il Castoro); 3 segnalazioni;
6. Cuore (Edmondo De Amicis, illustrato da Federico Maggioni e Alberto Rebori, Corraini), 3 segnalazioni;
7. La famosa invasione degli orsi in Sicilia (Dino Buzzati, Mondadori Contemporanea), 3 segnalazioni;
8. La mia amica Luna (Andrè Dalan, Equilibri), 3 segnalazioni;
9. L'ultima stella a destra della luna (Silvana De Mari, Salani), 3 segnalazioni.

red.



USA

Medicina alternativa e MICI

Un'indagine, condotta a Boston, Detroit e Londra, su bambini e adulti affetti da malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI) ha rivelato che oltre il 40% dei bambini utilizzava la cosiddetta medicina alternativa o complementare. Nell'ordine, i rimedi più usati sono stati: modificazioni della dieta, megavitamine, integratori alimentari, erbe, modificazioni ambientali, agopuntura, omeopatia, probiotici e ipnosi. La scelta è stata motivata dagli effetti collaterali e dalla non sufficiente efficacia della terapia convenzionale (*Arch Dis Child* 2001;84S1:A23).

l. p.

USA

I primi atti di Bush sulla salute

Nature (2001;410:499) commenta i primi provvedimenti della nuova presidenza USA che hanno riflessi sulla tutela della salute:

1. abolire le tutele in fatto di sicurezza ergonomica del lavoro, applicate principalmente alle lesioni da lavoro ripetitivo, approvate dalla precedente amministrazione per suggerimento della Occupational Safety and Health Administration;
2. recedere dalla decisione di operare una riduzione consistente dei livelli di arsenico nell'acqua, attualmente 50 parti per bilione (ppb), fino ai livelli raccomandati dall'OMS e dall'Unione Europea (10 ppb) per ridurre i rischi di tumore che l'Accademia Nazionale delle Scienze giudica ammontare, per 50 ppb, fra 1:100 e 1:1000. Il documento di programma era stato preparato dalla US Environment Protection Agency. Una conferma della pericolosità di questi livelli è data da una recente ricerca condotta in Taiwan (*Am J Epidem* 2001;153:411);
3. tagliare all'osso (riducendoli del 10-20%) i finanziamenti per le ricerche in campo tossicologico, idrologico, oceano-

grafico, atmosferico, biologico, in pratica azzoppare le scienze "tinte di verde" (*Nature* 2001;410:851).

Il proposito di recedere dall'impegno, assunto nella campagna elettorale, di abbassare le emissioni di ossido di carbonio era stato giustificato con un errore in un discorso elettorale preparato da "low-levels Bush operatives". Successivamente il rapporto richiesto all'Accademia delle Scienze, ricevuto agli inizi di giugno, ha smorzato il rifiuto di Bush di impegnarsi in questo campo ("President agree action has to be taken") e lo ha portato ad affermare che si tratta di un problema da esaminare in un secondo tempo (*Nature* 2001;411:725).

g. m.

USA

Assicurazioni e salute pubblica

In Florida quaranta medici sono stati licenziati dalla compagnia assicurativa Blue Cross Blue Shield. L'interruzione del rapporto è avvenuta senza preavviso: medici e pazienti sono stati avvertiti per lettera. Chiaramente i medici hanno protestato per aver perso il lavoro senza una ragione precisa. Probabilmente la compagnia assicurativa ha deciso così perché le spese sostenute dai sanitari erano eccessive, ma non c'è stata una verifica sulle motivazioni da parte dell'assicurazione e tanto meno l'argomento era stato affrontato con gli interessati. Alcuni dei medici licenziati, come la dottoressa Denise Baker, hanno tentato di chiedere spiegazioni al dirigente della compagnia, ma la risposta è stata sbrigativa e definitiva: "il licenziamento non è negoziabile, non siamo disposti a discuterne!". Lo stesso dirigente ha dichiarato che le decisioni della compagnia si basano esclusivamente sugli interessi degli assicurati. L'Associazione Medica della Florida ha descritto il licenziamento come un orchestrato tentativo di "intimorire i medici della Florida". Anche la gente ha messo in atto varie forme di protesta: tra le 400 lettere inviate dagli assistiti alla Blue Cross Blue Shield si legge "...si capisce che la salute è un affare, ma quando questi affari

si preoccuperanno della salute della gente? Ci sentiamo offesi" (*Bradenton Herald - East Manatee Herald*, 9/5/2001). Improvvisamente si è interrotto un rapporto di fiducia, migliaia di persone devono ricominciare con medici nuovi.

Successivamente la società assicuratrice ha deciso di ridurre del 30% i compensi di tutti i medici convenzionati. Le associazioni di categoria dei medici generalisti si sono opposte al provvedimento, ma la Blue Cross ha risposto "invitando" gli assistiti dei medici che non accettavano il nuovo contratto a cambiare medico. Dopo circa un mese di trattative molti dei medici hanno aderito al nuovo contratto. Anche le associazioni sindacali hanno deciso in assemblea, con il consenso dei 2/3 degli iscritti, di accettare la riduzione di stipendio. Sembra che il prossimo obiettivo della Blue Cross sia quello di trasferire alla medicina generale, a costo zero, i servizi attualmente gestiti da medici specialisti.

g. m.

USA

L'Antitrust e i cartelli dei farmaci

L'Antitrust statunitense ha citato in giudizio la Schering-Plough per avere pagato una tangente di novanta milioni di dollari a due aziende produttrici di farmaci generici (la Upper Smith e la Esi Lederle, quest'ultima divisione dell'American Home products), per posticipare al settembre 2001 l'immissione in commercio di un'alternativa meno cara a un farmaco anti-ipertensivo già presente sul mercato. Precedentemente, in ottobre, la Commissione federale del commercio aveva accusato altre due aziende, la Abbot Laboratories e l'Aventis di pagare altre ditte per impedire il lancio di prodotti a basso costo. La Schering ha sostenuto la legalità dei pagamenti spiegando che l'accordo avrebbe consentito a un farmaco generico di essere commercializzato con largo anticipo sulla data di scadenza del brevetto prevista per il 2006 (*Sole 24 Ore - Sanità* 17-23/04/01). In pratica la Schering ha pagato un'altra azienda per immettere in commercio un farmaco di "concorrenza": stranezze del "libero mercato".

g. m.



EUROPA

Forza Italia, Forza Scienza!

“Forza Scienza!”, evidente parafrasi di “Forza Italia”, è il titolo di un articolo di *Nature* (2001;412:264) che cerca di individuare le basi politiche del governo italiano in fatto di sviluppo della scienza, un ambito trascurato nel programma della Casa delle Libertà (ma, aggiungiamo noi, anche dall’*Olive Tree*, come è chiamato l’Ulivo). La corrispondente europea di *Nature*, Allison Abbot, dichiara di attendere con curiosità gli eventi politici. Un tentativo della Allison di incontrare Letizia Moratti, che di questa politica è la responsabile, è andato a vuoto, né, aggiunge la Allison, è possibile immaginare le idee della Moratti in fatto di politica della scienza essendo il ministro, in questo campo, assolutamente senza precedenti esperienze. La settimana successiva alla pubblicazione dell’articolo la Moratti ha dichiarato che nei prossimi cinque anni lo stanziamento italiano per la ricerca sarà raddoppiato dall’1 al 2% del PIL. *Nature* ha subito raccolto la notizia (*Nature* 2001; 412:470).

g.c.b.

USA

Le sottrazioni di Bush

Il Presidente Bush nel maggio scorso ha annunciato che gli USA avrebbero stanziato 200 milioni di dollari per il fondo globale anti AIDS, malaria e tubercolosi, in aggiunta ai fondi spesi per la ricerca negli stessi campi.

In giugno, con una lettera inviata al Congresso, Bush ha suggerito di detrarre dallo stanziamento per l’anno seguente a favore del National Institute of Health (NIH) la somma di 95 milioni di dollari; in luglio sono stati sottratti 25 milioni di dollari a favore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases che sostiene gran parte delle ricerche sulle tre maggiori malattie infettive (*Nature* 2001;412:107).

g.c.b.

G8

AIDS e bombardieri B2

Peter Hale, uno dei maggiori esperti internazionali di AIDS/HIV, ed il suo gruppo commentano le decisioni del G8 in tema di AIDS (*Nature* 2001;412:271). Le Nazioni Unite hanno calcolato che sono necessari per la lotta all’AIDS/HIV 9,2 miliardi di dollari dal 2005, successivamente da 8 a 10 miliardi di dollari per anno: l’80% di questo fondo dovrebbe derivare dai paesi del G8, il 20% dai paesi in via di sviluppo. Allo stato attuale (luglio 2001) il fondo disponibile è inferiore a 844.000 dollari, dei quali 200.000 provengono dagli USA, 200.000 da UK, 200.000 dal Giappone. Otto-dieci miliardi di dollari, sebbene siano una grossa cifra, corrispondono allo 0,005% del PIL dei paesi del G8.

Hale fa notare che il ministero della difesa americana, che giustamente ha accusato i paesi in via di sviluppo di spendere troppo per le armi, ha annunciato un piano di spesa per 60 bombardieri B2 per un costo di 120 miliardi di dollari, pari al finanziamento totale del fondo anti AIDS/HIV di dodici anni.

red.

UK

Traumi cranici minori

Un bambino britannico su 20 (600.000 in totale) si presenta annualmente al pronto soccorso per un trauma cranico minore. Le linee guida raccomandano che tutti i bambini con perdita transitoria della coscienza, vomito o cefalea persistenti, frattura cranica o altri elementi di preoccupazione siano ricoverati per 48 ore per individuare quelli con emorragia intracranica e/o comparsa tardiva di edema cerebrale. Queste linee guida portano al ricovero di uno su 200 bambini ogni anno (60.000 in totale) e si calcola che riescano ad intercettare il 70% circa dei casi destinati a complicarsi (1 su 1.800 ricoveri). Tuttavia, anche nei ricoverati tempestivamente, nel 50% circa dei casi non si riesce a evitare il decesso o l’esito invalidante. La conclusione pratica è che aumentare il numero dei ricoveri non

porterebbe alcun reale vantaggio (*Arch Dis Child* 2001;84S1:A12).

l. p.

BRASILE

Grazie per le firme

Molti lettori di *Quaderni acp* hanno firmato e diffuso un appello per il ritiro degli USA dalla causa intentata contro il Brasile per impedire che il paese sudamericano potesse produrre versioni “generiche” degli antiretrovirali. Gli USA hanno ritirato l’odioso procedimento a fine giugno 2001, in occasione dell’Assemblea generale dell’ONU. La sessione speciale su HIV/AIDS è stata aperta da Carol Bellamy, direttore esecutivo dell’UNICEF, che ha esordito così: “ogni 14 secondi un bambino è reso orfano dall’AIDS” (*Lancet* 2001;357:2107).

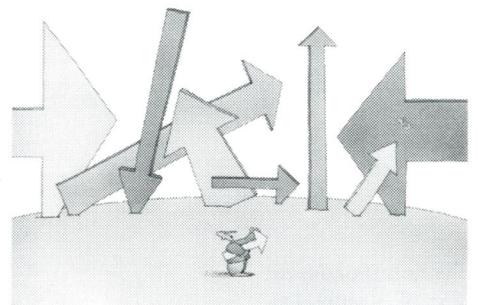
red.

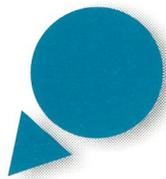
UK

Streptococco B

In Gran Bretagna uno studio nazionale di sorveglianza sulle infezioni da Streptococco B nei bambini sotto i tre mesi di vita, condotto nel periodo 1 febbraio-31 luglio 2000, ha rilevato un’incidenza minima dello 0,5/1000 nati vivi, con una mortalità totale del 9%. Il 59% delle infezioni è stato precoce (età <7 giorni) e il 41% tardivo (età 7-90 giorni). Le modalità di presentazione più frequenti sono state: setticemia (66%), polmonite (26%), meningite (9%) (*Arch Dis Child* 2001;84S:A8).

l. p.





Globalizzazione e salute

Giorgio Tamburlini

Unità per la ricerca sui servizi sanitari e la cooperazione internazionale
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 30-33

In un precedente articolo (1) sono state delineate le implicazioni per la salute derivanti dai processi di globalizzazione in atto nei vari settori della vita delle popolazioni.

Questo secondo contributo si propone di offrire una visione d'insieme del ruolo delle principali forze in campo, della dialettica esistente nell'ambito di queste e dei possibili scenari futuri.

Le fonti bibliografiche e i siti citati consentiranno, a chi lo volesse fare, di approfondire il tema che qui viene necessariamente alquanto sintetizzato e semplificato.

Le forze in campo

Può essere utile identificare quattro principali protagonisti: il capitale sovranazionale, i governi, le organizzazioni internazionali facenti capo al sistema delle Nazioni Unite, infine quella che possiamo definire come "comunità critica".

Il capitale sovranazionale

Negli ultimi anni si è assistito a due fenomeni, tra loro interconnessi: il crescente peso del capitale sovranazionale nella economia mondiale e la crescente concentrazione di questo nelle mani di un numero ristretto di multinazionali economico-finanziarie, tanto che oggi poche decine di queste rappresentano oltre il 50% del valore globale dell'economia mondiale. Per gli effetti diretti e indiretti dei movimenti dei capitali controllati e per l'influenza esercitata sul potere politico tradizionale, le multinazionali rappresentano oggi la "forza plasmante" più rilevante nel pianeta. Grazie ai suoi effetti pervasivi sull'occupazione, sui rapporti sociali e sui consumi, il dispiegarsi di questa forza ha ovvie anche se indirette implicazioni per la salute umana in quasi tutto il globo. Alcune società multinazionali, da quelle del comparto farmaceutico a quelle del comparto agro-alimentare, ed alcuni provider di servizi, quasi tutti statunitensi, hanno poi peso rilevante e diretto in materia sanitaria. Le prime ad esempio controllano gran parte delle attività di ricerca farmacologica, fatto che è alla radice del cosiddetto paradosso 10/90 (il 90% dei fondi per la ricerca impiegato per il 10% del carico globale di malattia) e del problema dei brevetti sui farmaci (2). Le seconde producono e immettono sul mercato cereali geneticamente modificati, dato che preoccupa non tanto per gli effetti diretti sulla salute (allo stato ancora ignoti) quanto per le conseguenze della "privatizzazione" del patrimonio genetico e alimentare (3). Infine, il business dei provider di servizi sanitari è ovviamente interessato a

espandersi su nuovi mercati (1).

La politica delle grandi *corporation* non può che essere quella di portare i capitali dove fruttano maggiormente, cercando di minimizzare vincoli e controlli, di influenzare a proprio vantaggio le regole che governi e istituzioni internazionali si danno a salvaguardia dell'utilità pubblica e di costruire condizioni favorevoli, quali il monopolio, alla massimizzazione del profitto. È utile notare come da una parte le *corporation* chiedono meno tariffe doganali, meno leggi e controlli che possano impedire gli investimenti o renderli meno lucrativi (vedi gli accordi tipo GATS o MAI (1), promossi presso il WTO proprio per facilitare la circolazione del capitale); dall'altra chiedono libertà di concentrazione (quindi mono o oligopolio), protezione per i propri brevetti, garanzie protezionistiche contro prodotti concorrenti. La filosofia delle *corporation* non è, quindi, il liberalismo (ad Adamo Smith l'iniziativa individuale interessava come motore di crescita economica nell'ambito di una visione della società profondamente etica e utilitaristica nel senso del perseguimento del bene economico comune) (4) ma la pura e semplice, non ideologica, ricerca del profitto. Tuttavia, è successo e succede che questo interesse sia rappresentato come l'interesse generale, nonostante sia intuibile che il profitto di alcuni non necessariamente produce il benessere di molti ed evidente che la ricerca del profitto ha spesso la vista corta, non essendo interessato agli effetti generali e a lungo termine della propria azione: una volta prodotto il profitto, il capitale infatti può, come si dice, delocalizzarsi.

Per la prima volta da alcune decadi a questa parte, e proprio come conseguenza della globalizzazione, le forze del capitale sono oggi portate a considerare alcuni scenari attuali e futuri come non più favorevoli: due miliardi e mezzo di persone che non consumano nulla perché non hanno nulla, non sono ad esempio un gran

Per corrispondenza:
Giorgio Tamburlini
E-mail: tamburli@burlo.trieste.it

de affare; e nemmeno lo è l'esistenza di aree geografiche intere ove non è possibile investire a causa dei conflitti e dell'insicurezza; c'è poi il rischio ambientale, sia quello da esaurimento delle risorse non rinnovabili sia quello derivante dall'inquinamento e dal cambiamento climatico; infine, c'è il rischio che quote crescenti di consumatori si alleino contro i grandi padroni del mercato, o per lo meno contro i marchi più in vista. Comincia quindi a crearsi, nell'ambito delle multinazionali, un germe di dialettica tra quanti possono e quanti non possono permettersi di continuare come sempre.

I governi

Contano oggi meno di qualche tempo fa. Quelli dei paesi poveri perché hanno sempre contato poco e per di più sono oggi più deboli di ieri, appesi al gancio del debito, incapaci di coalizzarsi. Quelli dei paesi ricchi perché sono, in varia misura, influenzati dalle lobby politico-economiche nazionali e, in modo crescente, multinazionali. La vicenda dei primi cento giorni della Presidenza Bush è stata emblematica, caratterizzandosi per una serie di provvedimenti che hanno offerto prospettive di profitti più certe alle multinazionali del petrolio, del tabacco, delle armi, del farmaco e dell'informatica. Altri grandi paesi come la Russia e la Cina hanno ancora grande e autoritario controllo sulle cose interne ma limitato peso internazionale. Con i suoi limiti e incertezze, l'entità politica maggiormente in grado di esprimere una politica volta al bene comune resta l'Unione Europea, che mantiene una capacità di darsi delle regole e di farle rispettare. I governi e in generale la classe politica europea, sono anche i più esposti ad una opinione pubblica informata e ad una cultura solidaristica e dei diritti umani. Sta di fatto che l'ostacolo maggiore alla totale libertà di azione delle multinazionali e alla loro concentrazione monopolistica è oggi l'Europa. Si è visto con le direttive europee sulla limitazione degli OGM, con le posizioni su Kyoto e con i no dell'antitrust a fusioni a carattere monopolistico. La posizione europea su alcune questioni cruciali in discussione al WTO è diventata più critica e i rappresentanti al WTO dei diversi paesi europei devono ora, contrariamente al passato (5) rendere conto di quel che fanno. La politica ambientale si è fatta più attenta, accogliendo il principio di precauzione, proprio a garanzia della salute pubblica (6). Tutto

questo non è acquisito una volta per tutte e resta esposto al vento della politica e a quello degli avvenimenti che la influenzano.

Le organizzazioni internazionali

Sono la grande delusione delle ultime due decadi, incapaci di quella funzione di governo globale che è sempre più necessaria nei diversi settori. Nel campo sanitario, ne è esempio clamoroso il sostanziale fallimento della lotta condotta dall'OMS alle grandi endemie (tbc, malaria, AIDS) e soprattutto i passi indietro registrati nello sviluppo di sistemi sanitari essenziali. Le cause dell'insufficienza del ruolo delle Nazioni Unite sono duplici: la loro autorità politica è stata minata prima dalle grandi potenze (che preferivano che le cose fossero affrontate a livello di trattati bilaterali), poi dagli Stati Uniti (USA) (che non gradiscono tutele superiori); il loro bilancio è stato strozzato dal non versamento delle quote di pertinenza (soprattutto da parte degli USA che sono i maggiori debitori delle Nazioni Unite). A queste ragioni politiche vanno aggiunte carenze strategiche e di leadership: nel caso dell'OMS, ad esempio, l'errata idea che la salute potesse essere tutelata con strumenti tecnici (vaccinazioni, one-disease programmes) e non fosse soprattutto il prodotto di sviluppo, distribuzione del reddito, educazione, accesso universale a servizi sanitari di base. È utile a questo punto analizzare con qualche maggior dettaglio ruolo e movimenti delle tre agenzie che hanno maggiormente influenzato le politiche della salute: OMS, Banca Mondiale e UNICEF. L'OMS è stata gradualmente estromessa dalla leadership, che le spetterebbe, sulle questioni delle politiche della salute già a partire dalla seconda metà degli anni '80 e in particolare sotto la conduzione di Hiroshi Nakajima (proveniente dall'industria farmaceutica), riducendosi a un non inutile ma marginale ruolo di agenzia normativa e tecnica. Ha tentato di cambiare strada nel '97 con l'elezione di Gro Harlem Brundtland (proveniente dalla politica, ex primo ministro norvegese, medico) alla Direzione Generale. Negli ultimi anni l'OMS, sorretta dagli economisti dello sviluppo (per i quali la salute non è una spesa ma una risorsa, una condizione per lo sviluppo) (7) e dal crescente valore strategico della salute sul piano internazionale, ha iniziato a concepirsi non solo come agenzia che analizza le tendenze sanitarie globali ma si preoccupa che i sistemi sanitari siano adeguati ai com-

Un mondo per i bambini

I principi fondamentali della Dichiarazione approvata dall'UNGASS per i bambini (15).

- 1) Mettere i bambini al primo posto. Il migliore interesse del bambino deve essere il punto di riferimento in tutte le questioni riguardanti i bambini.
- 2) Combattere la povertà: investire nei bambini. L'eradicazione della povertà deve iniziare con la realizzazione dei diritti dei bambini alla scuola e alla salute.
- 3) Non lasciare dietro alcun bambino. Nessuna forma di discriminazione contro bambine e bambini può essere accettata.
- 4) Prendersi cura di ogni bambino. La salute e la nutrizione dei bambini devono essere visti come il fondamento dello sviluppo umano.
- 5) Educare tutti i bambini. Tutte le bambine e i bambini devono ricevere un'educazione primaria di buona qualità.
- 6) Fermare ogni forma di violenza e sfruttamento a danno dei bambini.
- 7) Proteggere i bambini dalla guerra e dalle sue conseguenze.
- 8) Combattere l'HIV/AIDS. I bambini devono essere protetti dall'infezione HIV/AIDS.
- 9) Ascoltare i bambini. Occorre rispettare il loro diritto ad esprimere la loro volontà e a partecipare alle decisioni in questioni che li riguardano.
- 10) Proteggere la terra per i bambini. Occorre salvaguardare l'ambiente per le future generazioni.

più, e si muove perché la salute stia in alto nelle priorità della comunità internazionale e dei singoli governi. Da questo punto di vista qualche successo c'è stato. L'OMS della gestione Bruntland è tornata ad occuparsi dei sistemi sanitari, con il rapporto del 2000 (8) che fissa, con una metodologia peraltro discussa (9), le caratteristiche di un sistema sanitario equo ed efficace e invita i paesi a perseguirlo. Ha anche iniziato a considerare, nell'ambito di una più generale strategia delle Nazioni Unite chiamata Global Compact (www.un.org), il grande business (del farmaco, ma non solo) come interlocutore strategico nella lotta ai problemi sanitari prioritari e nella ricerca di tecnologie rivolte ai problemi di chi "non fa mercato". E quindi tratta con le multinazionali per la disponibilità di farmaci a basso prezzo, per una diversa politica dei brevetti, per avere fondi (le Fondazioni di alcune grandi corporation sono diventate alcuni dei maggiori finanziatori di programmi OMS/UNICEF).

Questa politica è insieme realistica e rischiosa. Contribuisce, soprattutto se unita alla pressione dell'opinione pubblica e delle ONG, ad una maggior consapevolezza da parte delle corporation sulle loro "responsabilità sociali globali", ottenendo per esempio il ritiro delle multinazionali del farmaco dalla causa contro il Sudafrica (2). Ottiene fondi e con essi l'inevitabile condizionamento sul modo in cui vengono spesi.

L'evoluzione della politica della Banca Mondiale è anche interessante. È stata la "vera" agenzia politica internazionale della salute per tutti gli anni '80 e quasi tutti gli anni '90. Assieme al FMI si è fatta promotrice e implacabile guardiana dei programmi di aggiustamento strutturale nei paesi poveri e indebitati. Tali programmi hanno implicato - in modo transitorio secondo la Banca, ma non pare sia arrivata ancora la "seconda fase" - la riduzione delle spese per sanità e istruzione, al fine di impiegare le risorse in investimenti immediatamente produttivi e nel ripianamento del debito estero. Ha propugnato e favorito sistemi sanitari a larga partecipazione privata, in quanto meno costosi per le casse dello stato e più efficienti nell'uso delle risorse, e i famosi "pacchetti essenziali di interventi" a garanzia dei più poveri (10). Secondo la Banca, la salute si protegge soprattutto creando ricchezza attraverso il mercato e assicurando allo stesso tempo servizi essenziali ai più poveri, in modo che contribuiscano al

"capitale umano" (cioè che non perdano la capacità di lavorare). Sugli effetti di queste politiche sulla salute le evidenze sono contraddittorie, variabili da paese a paese, ma è difficile sostenerne il successo in molti dei paesi più poveri (11). E tuttavia già nel suo rapporto del '93 la Banca riconosce - in questo dando prova di una lettura "sistemica" che l'OMS non era stata capace di fare - l'importanza di investire in salute attraverso la distribuzione del reddito, l'istruzione, e concentrando le risorse nei servizi di base piuttosto che sul terzo livello (10). Oggi la politica ufficiale della Banca (Presidenza Wolfensohn) si sta evolvendo. Si assume, o si tenta di farlo almeno a livello di enunciazioni e documenti programmatici, lo sviluppo come fine, riconoscendo che gli effetti delle politiche economiche vanno misurati non solo sulla crescita del PIL pro capite ma sugli indicatori di sviluppo umano (aspettativa di vita, mortalità infantile, accesso all'istruzione anche per le donne, distribuzione del reddito). Vi è maggiore attenzione per l'impatto sociale e sanitario dei grandi progetti di sviluppo (12) (www.worldbank.org).

L'UNICEF è un'agenzia con maggiore autonomia in quanto riceve gran parte dei suoi fondi da donazioni private. È stata ed è in prima fila nel finanziamento e nell'implementazione in loco di molti programmi per la salute infantile, quali il programma allargato di vaccinazioni e più recentemente l'Integrated Management of Childhood Illness (www.who.int). Sorvolando sull'ovvia utilità di questi programmi e sull'altrettanto ovvio rischio che in assenza di politiche economiche sociali coerenti e di sistemi sanitari essenziali funzionanti questi programmi abbiano efficacia limitata e scarsa sostenibilità, l'aspetto più rilevante dell'impegno UNICEF e forse quello potenzialmente più interessante, è quello che dà enfasi ai diritti umani (vedi più avanti).

La comunità critica

È la più dinamica e la più eterogenea delle forze in campo: opinioni critiche ci sono sempre state ma mai come in questi ultimi due anni hanno assunto rilevanza. Ne fanno parte un numero molto elevato di ONG impegnate in programmi di solidarietà e cooperazione internazionale, organizzazioni per i diritti umani e ambientaliste, associazioni scientifiche e professionali, comunità di base, organizzazioni religiose, da sole o associate in rete (www.lilliput.it). La stessa

Chiesa cattolica ha fatto sentire una voce critica sul modello economico dominante, senza peraltro sconfessare la politica di emarginazione attuata nei confronti di quanti nell'ambito della stessa chiesa avevano sostenuto posizioni analoghe in tempi passati. Organizzazioni sindacali, sia operaie che contadine, hanno espresso preoccupazioni e inserito nelle proprie rivendicazioni elementi transnazionali (applicazione del diritto del lavoro anche nelle attività produttive dislocate fuori dal territorio nazionale) o con effetto transnazionale (modifica della politica di sovvenzione alle esportazioni agricole da coltivazioni e allevamenti intensivi; rifiuto dell'utilizzo di sementi modificate geneticamente, ecc.). Senza entrare nel dettaglio né della storia né delle posizioni espresse dai vari attori del movimento impropriamente definito antiglobalizzazione (vi sono sì componenti prettamente antiglobali, ma sono quelle che reclamano il ritorno alla piccole patrie) interessa constatare che questo movimento non si è limitato alle tradizionali attività di informazione e sensibilizzazione, solidarietà diretta e pressione politica. Ha cominciato ad elaborare qualche ipotesi di una "economia con finalità umana" (13) e ha portato avanti una azione diretta tendente a influire sulle politiche delle multinazionali, basata sulla inevitabile sensibilità di queste ultime al mercato dei consumatori, e al sentire volatile degli azionisti. Vi sono state campagne tese a svelare le modalità non etiche di produzione (mancato rispetto delle norme di sicurezza, sfruttamento del lavoro minorile) o di commercializzazione (marketing aggressivo e ingannevole a scapito della salute) di prodotti quali i palloni fatti dai bambini o i latti in formula e a boicottare questi prodotti. Campagne efficaci, in quanto è sufficiente il 5-6% in meno di consumatori e il titolo vacilla e gli azionisti rivolgono le loro attenzioni altrove. Come conseguenza della maggiore attenzione alla social responsibility delle imprese, il *Financial Times* e il *London Stock Exchange* hanno inserito requisiti etici tra i criteri per valutare gli investimenti (www.ftse.com). E le corporation cambiano in effetti strada: in Thailandia o in Turchia si accettano le regole sul lavoro minorile, a Nairobi si paga di più il lavoratore avventizio, diminuiscono le violazioni al Codice OMS sui latti, il governo sudafricano, poi quello brasiliano, hanno partita vinta sui farmaci anti-AIDS. Le trattative in corso al WTO su norme di grande

potenziale impatto per la salute globale (1) sono ora influenzate dall'esistenza di una opinione pubblica e soprattutto di una comunità di ONG vigili e attente. Entrano in gioco attori nuovi: la *Confédération Paysanne* in Francia, quindi molti altri agricoltori, hanno capito l'importanza di una agricoltura non intensiva, compatibile con l'ambiente e la sicurezza alimentare, ma anche con il gusto dei consumatori (14). Sufficiente? No. La scala di questi interventi è ancora limitata. C'è la possibilità che le corporation adottino una strategia politico-legale più efficace di quella usata senza successo in Sudafrica o in Brasile. L'impermeabilità di molti stati al diritto internazionale è ancora notevole, e il problema di come far rispettare i diritti umani in stati autoritari si pone oggi come uno dei problemi irrisolti. Gli interessi a continuare sulla vecchia strada sono ancora enormi, perché la pressione al profitto dell'investitore è cieca e calpestare qualcosa che non si vede è cosa facile: accade che anche i più sensibili ed informati tra noi abbiano i loro risparmi su qualche fondo azionario che investe (a nostra, colpevole, insaputa) in attività non etiche, se non illecite. La consapevolezza delle implicazioni dell'agire quotidiano, dai consumi energetici all'acquisto di prodotti, alla gestione del risparmio, è crescente, ma ancora molto limitata. In questo senso è fondamentale che anche gli operatori della salute sviluppino una consapevolezza maggiore del loro ruolo e responsabilità globali, e siano con queste coerenti nei loro comportamenti anche in quanto consumatori e risparmiatori.

Le prospettive

È arduo fare delle previsioni, mai come ora c'è possibilità di cambiamento. Gli scenari futuri saranno solo in parte la conseguenza della dialettica delle forze in campo, proprio perché alcune dinamiche non sono che in parte controllabili: una crisi finanziaria o un nuovo conflitto dalle conseguenze globali sono dietro l'angolo; catastrofi ecologiche non sono improbabili. C'è da sperare che non si rendano l'uno o l'altro, o tutti assieme, necessari per cambiare rotta sul serio. Il 21 settembre 2000 si è svolta a New York, a distanza di oltre dieci anni dalla ormai nota Convenzione sui Diritti dell'Infanzia, di cui intende rappresentare il rafforzamento e lo sviluppo concreto, la sessione speciale ONU sui bambini, di cui sintetizziamo i punti programmatici (15) (box).

Essa rappresenta un evidente punto di riferimento per lo sviluppo e soprattutto la traduzione in pratica di un corpus di diritti dei bambini. Occorre tuttavia ricordare che se la Convenzione del 1990 è stata sottoscritta da 192 paesi, e se i bambini hanno ricevuto qualche attenzione in più che in passato, con qualche successo significativo (ad es. riduzione, non in tutti i paesi, della mortalità infantile e della carenza da micronutrienti, crescenti controlli sui traffici illeciti), siamo ben lontani da una tutela effettiva. Ancora diecimilioni di bambini muoiono sotto i 5 anni per cause in gran parte evitabili con interventi semplici; centocinquanta milioni di bambini sotto i 5 anni soffrono di malnutrizione, centodiecimilioni, soprattutto bambine, non hanno accesso alla scuola di base; nell'ultima decade due milioni di bambini sono morti come conseguenza di conflitti armati, e tre volte tanti sono stati feriti seriamente o resi disabili; venti milioni sono stati costretti a lasciare la terra di origine; cento milioni sono costretti alle peggiori forme di lavoro forzato e molti milioni sono vittime di traffici illeciti; tredici milioni sono ormai resi orfani dall'AIDS e 600.000 sono i nuovi infetti ogni anno. Occorre identificare più chiaramente il problema e le soluzioni. Il problema non è la povertà, come si dice, ma il sistema economico che di fatto la produce e che va rivisto, diversamente regolato. La soluzione non può limitarsi a trovare i fondi per alcuni interventi palliativi, ma deve rendere operante un sistema che sia in grado di promuovere i diritti umani essenziali e abbia i mezzi economici e giudiziari per farli rispettare ovunque. Si pongono quindi questioni ineludibili come quella di sviluppare istituzioni giuridiche transnazionali, basate sul diritto dei popoli (16), e di arrivare a un bilanciamento diverso dall'attuale tra diritti individuali e collettivi. Ad un mondo globalizzato occorre rispondere con istituzioni globali adeguate. Occorre quindi più governo globale, e che le Nazioni Unite possano svolgere questo ruolo con il pieno sostegno internazionale. Se questo, come è possibile, non avverrà per l'opposizione di grandi (e piccoli) paesi che non vogliono limitare la loro sovranità, le prospettive restano quelle di una sorta di "difesa globale". Influenzare il potere economico e politico, informare, utilizzare appieno lo strumento del diritto saranno le strade da percorrere. ■

Bibliografia

- (1) Tamburlini G. Globalizzazione e salute. Parte I: lo stato delle cose. *Quaderni acp* 2001;3:30
- (2) Siracusano F. Le industrie dei farmaci anti-AIDS contro il Sudafrica. *Quaderni acp* 2001;3:38
- (3) Spinsanti S. Brevettare la vita? *Quaderni acp* 2001;3:6
- (4) Smith A. La ricchezza delle nazioni. *UTET, Torino, 1975*
- (5) *Le Monde* 23/01/2001
- (6) UE. Communication from the Commission on the precautionary principle. *Brussels, 2000*
- (7) Sen A. Sviluppo è libertà. *Mondadori, Milano, 2000*
- (8) WHO. World Health Report 2000. *Geneva 2000*
- (9) Almeida C et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001;357:1692
- (10) World Bank. World Development Report. Investing in health. *Washington DC, 1993*
- (11) Cattaneo A. User fees: quali i risultati nell'Africa subsahariana? *Salute e Sviluppo* 1999;3:25
- (12) World Bank. World Development Report 2000/2001. (www.worldbank.org).
- (13) Passet R. Manifeste pour une économie à finalité humaine. *Le Monde Diplomatique*, 14/02/2001
- (14) Bové J et al. Agricoltori contro la globalizzazione alimentare. *Feltrinelli, Milano, 2001*
- (15) United Nations General Assembly. Special Session on Children. *New York, 20-21 September 2000* (www.un.org; www.unicef.org)
- (16) Rawls J. Il diritto dei popoli. *Ed. di Comunità, Bologna, 2000*

Siti consultabili

Internazionali

www.who.int
www.unicef.org
www.worldbank.org
www.medact.com
www.babymilkaction.org

Italiani

www.msf.it
www.lilliput.it
web.tiscali.it/fabrizio_ge-wolitz
 (rete italiana boicottaggio Nestlé)
www.equo.it, www.bancaetica.it



Alcune precisazioni su accreditamento e pediatri

Inviemo alcune precisazioni sull'accREDITAMENTO in corso da parte dei pediatri di famiglia e qualche risposta all'articolo sull'accREDITAMENTO comparso su *Quaderni acp* 2001;1:7. Ci fa piacere avere delle critiche perché inevitabilmente fanno pensare e, di conseguenza, generano riflessioni, discussioni, aggiustamenti nel percorso. Ciononostante pensiamo che riflettere sul nostro ruolo e su come migliorarlo non sia pericoloso. Allora, in breve, qualche precisazione.

Il percorso per l'accREDITAMENTO all'eccellenza in pediatria di famiglia non corrisponde alla certificazione: le due cose sono certamente diverse e nessuno di noi vuole sostituirsi agli organismi deputati a controllare i requisiti di accesso alla funzione di pediatria di libera scelta.

Non abbiamo l'obiettivo di definire standard assistenziali uniformi: questo esula dai presupposti dell'accREDITAMENTO all'eccellenza, modalità di lavoro tra pari finalizzata a definire criteri e indicatori di qualità relativi alla funzione assistenziale. La costruzione del manuale si fonda su una serie di indicatori misurabili e questi devono corrispondere a funzioni assistenziali atte a migliorare la qualità professionale e la relazione cittadino/utente/cliente-medico: va da sé che tali funzioni possono dipendere dalle capacità individuali del pediatra, ma anche da sistemi organizzativi facilitanti l'erogazione delle prestazioni. Il manuale non può che essere analitico e specifico, altrimenti si andrebbe a definire solo un elenco di buone intenzioni (il pediatra deve essere bravo a diagnosticare, buono nel relazionarsi, ma con quali strumenti e come misurare tutto ciò se non si analizzano gli aspetti organizzativi e non si frammentano i processi assistenziali?).

Costruire un manuale che analizzi semplicemente i risultati ottenuti è per ora solo utopia, tant'è che tutti coloro che si occupano di salute hanno difficoltà a ricercare indicatori di esito che peraltro spesso devono essere verificati nel tempo (anche 20 e più anni se si parla di prevenzione) e sono soggetti a bias confondenti molteplici;

per ora possiamo lavorare con più profitto su indicatori di percorso.

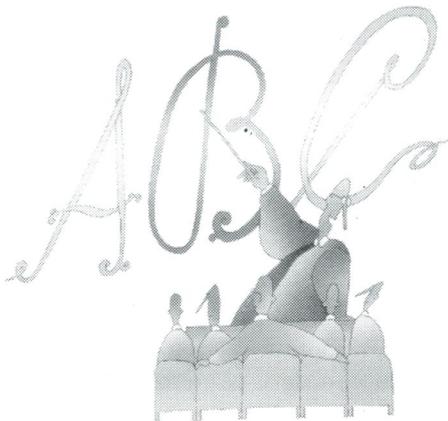
In conclusione, camminare verso la qualità e l'accREDITAMENTO ci sembra un percorso fattibile, non peregrino, specie come sistema di ripensamento al ruolo del pediatra di famiglia, alla sua capacità di soddisfare le esigenze della salute infantile. Questo percorso è per ora solo culturale, tanto che viene eseguito nell'ambito della SIP. Siamo peraltro ben consci che sui sistemi di accREDITAMENTO si stanno muovendo numerose agenzie e non ci pare corretto aspettare che altri stabiliscano le regole per il pediatra di famiglia. L'accREDITAMENTO non vuole dare certificazioni cogenti a nessuno, anche perché è volontario e tra pari (i partecipanti sono tutti pediatri di famiglia).

Simile percorso sta avvenendo anche per gli ospedalieri e per i neonatologi in campo pediatrico. È sicuramente una palestra di confronto e di dibattito che cerca di unire aspetti culturali ad aspetti assistenziali, sempre così difficili da miscelare!

Leo Venturelli

I problemi che stanno di fronte a chi si occupa di organizzare gruppi di miglioramento per la qualità dell'assistenza, ma anche della promozione della salute, sono quelli di capire dove portano gli interventi che si compiono.

Chi intende guidare gruppi di miglioramento dovrebbe porsi due domande (Ziegenfuss, Am J Med Qual 2000;15:195):



“Qual è il contributo che, alla lunga, si riesce a dare alla performance del gruppo? L'azione che ci si propone quale effetto può avere in termini di quality improved future?”

Sembra accettato che i metodi per l'accREDITAMENTO che garantiscono la conformità dei sistemi non trascinano, di per sé, la qualità del prodotto e tanto meno l'eccellenza, che per le diversità di significato che si possono attribuire a questo termine andrebbe sempre chiarita (Baraghini e Cappelli. Il sistema qualità ISO 9000 in sanità. Angeli Ed).

Le metodologie di accREDITAMENTO che garantiscono la conformità dei sistemi fanno perno su alcuni punti: la struttura e gli standard (questo sembra essere il metodo di base nella proposta di Venturelli), oppure la struttura ed il processo (le ISO 9000). Non ci vogliamo ripetere, ma ricordiamo che è dimostrato che i medesimi risultati si possono ottenere con assetti strutturali diversi e con processi differenti (Management dic. 2000; pag. 4) e che quindi né struttura né processo sono garanzie di qualità di risultati. Si rischia insomma, ai fini della qualità, di macinare acqua, anche se è vero che ragionare attorno agli strumenti che si usano aiuta a capire meglio le dimensioni, i limiti e gli ambiti di miglioramento della professione; purché ci si renda conto del rapporto che c'è, e che Ziegenfuss richiama, fra il sistema che stiamo creando ed i suoi obiettivi possibili e non ci si illuda di potere ottenere quello che il sistema non può dare. Sono state di recente richiamate le carte dei servizi, anch'esse definite “strumenti per l'eccellenza” che dovevano garantire “eguaglianza, partecipazione, efficienza ed efficacia” e che si sono rivelate solo uno strumento burocratico di soddisfazione di chi le ha redatte: si veda il caso della compilazione delle lettere di dimissione.

Meraviglia un poco questa attenzione sugli aspetti di dotazione strutturale; ma fino ad un certo punto se si pensa alla tradizionale attenzione degli ospedalieri per “ciò che deve esserci e che quindi deve esserci dato” come diceva l'ANPO ai tempi del decreto Donat Cattin sugli standard; meraviglia di più che questa propensione si sia trasferita nella pediatria di base.



Questa attenzione finisce con l'attenuare quella su un altro risvolto dei determinanti della qualità professionale che sembra molto importante ma che è faticoso attuare: il Medical Audit, la revisione fra pari, i gruppi di discussione che hanno in Europa (si pensi al King Fund in Gran Bretagna) ed in USA una lunghissima tradizione, la cui efficacia nel miglioramento della qualità può essere straordinariamente aumentata dalle attuali possibilità di collegamento elettronico con le banche dati.

Questo (certo faticoso, dinamico e non dato una volta per tutte) sembra essere l'elemento decisivo per i gruppi di miglioramento verso la qualità; gruppi e non persone o ambulatori di singoli attorno a strumenti come il Journal Club o il case report.

È attorno a questi gruppi che la EBM smette di essere una disciplina a parte, e riservata ai famosi esperti (non è un caso che Sackett si sia... dimesso da esperto: *BMJ* 2000;320:1283), e diventa strumento quotidiano per digerire la letteratura, per interpretare "il mio caso".

Sull'uso di queste tecniche di apprendimento di gruppo si sono raccolte in Italia, anche dentro l'ACP, sufficienti esperienze tali da modificare, in maniera non trascurabile, il percorso dei teaching team nella didattica formativa.

Quanto poi alla possibilità di costruire sistemi che analizzano i risultati sembra proprio difficile accettare la tesi di Venturilli che questa sia utopia; difficile e molto pericoloso, anche perché si dimentica che quando Codman (il nostro comune punto di partenza) con i chirurghi iniziò a cercare le garanzie di accreditamento, nel 1910 e nel 1913, le trovò sugli "end results", cioè sui risultati. E del resto la proposta di Piano Sanitario della Lombardia (bozza di agosto 2001), per l'accREDITAMENTO di pediatri e di medici di medicina generale si propone di lavorare proprio sui risultati e sul rilevamento di essi. Come ci sembra giusto e come si era cominciato a fare alle origini storiche.

Poi si è un po' divagato anche grazie ad agenzie commerciali che se ne occupano. In verità si può cominciare a superare le utopie perché i **TOPOL** esistono; gruppi di ricercatori nell'ambito materno-infantile hanno individuato, e valutato, la fattibi-

lità di un certo numero di indicatori (*International Policy Conference - European Healthcare Management Association-Paris 23-24 september 1999. M & B* 1999;6:371) che permettono di capire ciò che sta cambiando sotto la nostra influenza senza aspettare 20 anni e che valgono per aree vaste e medie. Certo questi indicatori non valutano né il singolo pediatra né solo un tipo di pediatra. Ma neppure il dr Codman, novant'anni fa, cercava indicatori validi solo per sé e non pensiamo che oggi lo si debba fare.

La ricerca della qualità non è ricerca di colpevoli di cattiva qualità.

g.c. b.

Screening neonatale della sordità: in Liguria si comincia

Ho letto che al congresso ACP si discuterà dello screening neonatale della sordità. Mi fa piacere informarvi che l'Associazione Italiana Ricerca e Cura Handicap, della quale sono presidente, con la collaborazione della Fondazione Gaslini, e mediante un progetto finanziato dal Ministero della Sanità, ha iniziato nei 13 punti nascita della Liguria lo screening e la terapia riabilitativa della sordità e dei disturbi del linguaggio; obiettivo del progetto è anche la definizione genetica dei casi patologici. Credo si tratti della prima regione nella quale si attua questa iniziativa che la vostra rivista auspica da tempo. Tutti i punti nascita genovesi sono già funzionanti quanto allo screening; ai centri di Savona e La Spezia verranno rapidamente consegnati gli echo-screen e sarà avviata la formazione del personale.

Paolo Durand

Abbiamo scritto più volte di questo problema (*Quaderni acp* 2000:5:56, 2001;1:44) sottovalutato da tempo sebbene la prevalenza dell'affezione sia superiore a tutte quelle attualmente screenate, come la fenilchetonuria e l'ipotiroidismo. Siamo molto lieti che si cominci e lo si faccia su scala regionale in modo da avere risultati valutabili che confermino

l'efficacia e l'economicità dello screening. Siamo certi che li avremo, visto l'impegno in questo campo di un uomo di scienza e di organizzazione come Paolo Durand.

g.c. b.

Ancora malastampa

Egregio direttore,

a proposito di iperattività di cui si discute tanto in queste settimane. Su *La Stampa* del 31 marzo è comparso un articolo su un bambino di Roma, evidentemente un bambino iperattivo, non gradito dai genitori degli altri bambini. I "bravi genitori" hanno lasciato solo nella sua aula il "cattivo bambino" organizzando uno sciopero dei propri figli.

La notizia ha avuto rilievo anche in altri giornali. Ma quello che mi ha stupito è il commento del giornale torinese. Il bambino - scrive il giornale - dovrebbe essere "spostato (sic!) in un Istituto Specializzato dove potrebbe essere seguito e educato". Questo è quanto hanno letto i 513.659 lettori del giornale di quel giorno. Capito? L'illuminato giornalista (Massimo Gramellini) che scrive sull'autorevole giornale, specchio della mia regione vuol dunque riaprire le scuole speciali dove fino agli anni sessanta i bambini cattivi venivano "spostati, seguiti e educati"?

Anna Cartocci

Inseriamo nella nostra rubrica *Malastampa* questa lettera, che riporta un commento di un giornalista certo più pericoloso di molte ricette mediche sbagliate che vanno sotto il titolo di malasanità. Le parole sono pietre: "spostare" i bambini con problemi fisici o psichici perché non diano noia agli altri, più che per educarli (che era giudicata impresa impossibile), era l'obiettivo di certi Istituti Specializzati. Chi ne ha visto i risultati rabbrivisce al loro solo ricordo.

g.c. b.

Nati per leggere alla Fiera del Libro

Il 6 Aprile 2001, su invito dell'AIB (Associazione Italiana Bibliotecari) ho partecipato alla Fiera del Libro di Bologna per presentare il progetto Nati per Leggere (ACP-CSB-AIB) in Campania ed i dati relativi ai questionari raccolti a Palermo, Trieste e Napoli sulla attitudine alla lettura nelle famiglie dei nostri pazienti tra i 6 mesi e i 6 anni. Erano presenti alcune bibliotecarie dell'Emilia Romagna insieme a Giovanna Malgaroli, referente per l'AIB del gruppo di lavoro di "Nati per Leggere", ed Antonella Agnoli, referente dell'AIB per la Commissione Nazionale Biblioteche per Ragazzi. Dopo un'introduzione fatta da Giovanna Malgaroli sul progetto in generale e la collaborazione tra AIB e ACP è stato presentato, ad una platea numerosa, il progetto NPL ben avviato a Cesena e in partenza a Ravenna. Come è ormai noto, a Cesena, i pediatri coinvolti nel progetto consegnano ai genitori dei bambini della fascia 3-5 anni, durante i bilanci di salute, un libro, un catalogo con indicazioni di libri consigliati ed una piccola recensione di essi intrattenendosi con i genitori sui vantaggi relazionali e di sviluppo della lettura ad alta voce. Le bibliotecarie rinforzano il messaggio con gli utenti della biblioteca ed effettuano letture ad alta voce. Lo stesso succede nelle scuole materne comunali e statali. Le librerie a loro volta partecipano attuando uno sconto sui libri. A Ravenna il progetto trova nel polo bibliotecario il maggiore coinvolgimento; la biblioteca regala un zainetto contenente un catalogo di libri ordinati per fascia di età, illustrati e recensiti; è in progetto che i pediatri in colloqui con i genitori promuovano la lettura. In Campania, come anche in altre regioni, il progetto NPL nasce in un contesto socio-culturale ben diverso da quello di Ravenna e Cesena; le biblioteche sono molto meno presenti sul territorio e spesso prive di spazi e materiali per i più piccoli e non c'è l'abitudine ad andare in biblioteca. Qui il progetto nasce sulla scia di "Reach out and Read", con l'obiettivo di fare promozione della lettura ad alta voce in famiglia. I promotori sono i pediatri che, durante i bilanci di salute tra i 6 mesi e i 6 anni, informano i genitori su vantaggi e modalità della lettura di libri a voce alta e rinforzano il messaggio regalando un libro adeguato all'età. Sono stati coinvolti nel progetto anche i centri di vaccinazione e alcuni ospedali, dove dei lettori volontari intrattengono i bambini. Nei quartieri in cui NPL è in via di strutturazione

sono state coinvolte le biblioteche come sede per la formazione dei lettori volontari e dei pediatri. Si sta cercando di creare degli spazi adatti ai bambini, in cui i bibliotecari coinvolti possano, a loro volta, rinforzare il messaggio partito dai pediatri attraverso dei momenti di lettura ad alta voce e consigli ai genitori per la scelta dei libri. Alla fine delle presentazioni dei progetti (avviati ed in fase di avvio) c'è stata una vivace discussione sulle caratteristiche del progetto campano rispetto agli altri presentati a Bologna. L'uditorio, prevalentemente costituito da "addetti ai lavori" (bibliotecari, insegnanti, editori) ha mostrato forte interesse e curiosità nei confronti di questa collaborazione tra operatori (pediatri e bibliotecari), che per la prima volta insieme adottano strategie sinergiche per la promozione della salute del bambino. Proprio in questi giorni si è svolto un incontro per il progetto campano con il presidente della provincia di Napoli che ha deciso di erogare un finanziamento per i prossimi tre anni nelle quattro aree in cui ci sono i pediatri interessati e in cui sono stati coinvolti anche gli ospedali ed i centri di vaccinazione e cioè Secondigliano (Rione dei fiori), Pozzuoli, Castellammare, Penisola Sorrentina. È un primo segnale importante per poter partire, verificare, e promuovere NPL anche in altre zone.

Stefania Manetti

Corso ACP su metodologie formative

Si è tenuto a Motta di Livenza, dal 28 al 31 maggio, il Corso residenziale sulle metodologie formative, organizzato dall'ACP. Docenti Giuseppe Ventriglia ed Enrico Turbil, animatori Vitalia Murgia e Roberto Bussi. Hanno partecipato 33 pediatri provenienti da 22 gruppi locali ACP. Ecco una breve cronistoria di questa esperienza. Inizio alle ore 8.30 del lunedì mattina (organizzatori molto severi nel far rispettare gli orari); alcuni di noi, che provenivano da lande lontane (leggi Sicilia, Puglia, Basilicata) si erano già trovati la sera prima a cena e avevano familiarizzato; chi proveniva da regioni più vicine era appena arrivato. La radio aveva annunciato che sarebbero state giornate molto calde ed effettivamente è stato così. Le sessioni di studio cominciavano con brevi lezioni interattive in seduta plenaria cui seguivano esercitazioni in piccoli gruppi di apprendimento. I gruppi hanno mostrato buon affiatamento e buona disposizione a lavorare insieme. Obiettivo del

corso: rendere i partecipanti "capaci di progettare, valutare e condurre esperienze formative pertinenti, metodologicamente corrette, verificabili ed efficaci per la formazione professionale continua dei loro colleghi". Gli obiettivi del corso sono stati suddivisi in moduli (la dimensione formativa nell'insegnamento-apprendimento; l'analisi dei ruoli professionali e dei bisogni di formazione; gli obiettivi educativi e la valutazione; gli strumenti didattici; l'insegnamento-apprendimento del saper fare; la scelta dei mezzi didattici; gli aspetti progettuali della formazione continua). Grazie a questo processo, la formazione non si ferma all'acquisizione di soli elementi cognitivi, ma sviluppa in chi apprende (ma anche in chi forma) la capacità di apprendere e la metodologia. Non si può negare che abbiamo avuto bisogno di un po' di "rodaggio": perché, pur avendo molti dei presenti nell'ambito dei propri gruppi già organizzato, da molto tempo, attività di formazione, certamente (tranne rare eccezioni) quasi nessuno aveva esperienza di pedagogia della formazione. Il primo impatto con questo mondo (vuoi per il linguaggio, vuoi per i contenuti) sembrava avere seminato sgomento e perplessità, e una certa animazione durante l'esercitazione che ci obbligava al nostro primo elaborato, ma dopo il break (squisito!!!) l'atmosfera era già più serena e fiduciosa. Che dire? Abbiamo lavorato molto e credo con profitto; gli elementi che mi sembra di poter sottolineare sono stati la grande bravura dei docenti nel gestire sia le plenarie che i gruppi, il grande affiatamento che si è instaurato tra noi e la volontà di tutti di apprendere un percorso per certi versi "diverso" da quelli a cui siamo stati abituati. L'ospitalità è stata magnifica, direi affettuosa. I momenti conviviali, veramente allegri, hanno portato alla luce doti dei partecipanti veramente insospettabili (canti popolari, recitazione, buona tavola, vino, scherzi...) che al quinto giorno di convivenza ci facevano somigliare ad una scolaresca in gita. Ci siamo lasciati con un bel malloppo di appunti da assimilare e con il proposito di continuare ad approfondire questo percorso.

Vi proporrei, come ultimo spunto, un momento di riflessione serale indotta dal coro di voci maschili di Motta: "Se ti viene il mal di testa/ non far uso di aspirina/ scendi, scendi giù in cantina /ed il mal ti passerà/ Agli uomini dabbene/ generoso il vin si versi/ l'acqua è fatta pei perversi/ e il diluvio il dimostrò".

Maria Francesca Siracusano

ausili didattici



all'interno:

- **Leggere & fare**
Stagioni della genetica, stagioni dell'etica
Informazioni pratiche per persone pratiche
- **Aggiornamento avanzato**
Fattori genetici e patologia del neonato
- **Saper fare**
Quando utilizzare il test genetico
per la diagnosi di fibrosi cistica
- **Il punto su**
La polio nel mondo e in Italia oggi
- **Il caso che insegna**
Crisi di assenza in una bambina con gastroenterite
- **Informazioni per genitori e pazienti**
Per i bambini in bicicletta

Stagioni della genetica, stagioni dell'etica

Sandro Spinsanti

Direttore Istituto "Giano" di Medical Humanities, Roma

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 38-39

Il problema della regolamentazione/ autoregolamentazione degli esperimenti di modificazione genetica degli organismi ha avuto diverse soluzioni e diverse tappe. Sandro Spinsanti ne ripercorre i tempi e le ipotesi applicative affrontando il tema dei rapporti fra genetica ed etica in questo numero, la cui parte di ausili didattici è dedicata in gran parte alla genetica con gli articoli di M. Pergoli e di G. Borgo.

Nessuna forma di potere che l'uomo ha potuto esercitare in passato sulla natura è paragonabile al dominio sulla vita che è stato reso possibile dalle scoperte recenti nel campo della genetica e dalla messa a punto di tecnologie che permettono di intervenire nel substrato più profondo della natura vivente. Come ha affermato il presidente americano Clinton in occasione dell'annuncio della conclusione del Progetto Genoma, nel giugno 2000, abbiamo la sensazione di "leggere nel libro con cui Dio ha scritto la vita". Pur detraendo il tributo che una frase di questo genere fa alla retorica, rimane la consapevolezza di aver varcato una soglia nello sviluppo dell'umanità. A questo traguardo non siamo giunti improvvisamente. Possiamo riconoscere periodi ben differenziati nello sviluppo della genetica, ai quali corrispondono altrettante stagioni dell'etica. Ogni fase, infatti, della crescita del sapere e del potere dell'uomo sul meccanismo della trasmissione della vita ha mobilitato la riflessione etica in modo differente.

La genetica quale scienza dell'ereditarietà, tenuta a battesimo dall'abate Mendel (1822-1884) poco più di un secolo fa, non ha mostrato subito le potenzialità di cui era dotata. Come quegli alunni considerati sottodotati dagli insegnanti, che sembrano scaldare i banchi di scuola per anni, finché un giorno escono dal bozzolo in maniera folgorante. Le scoperte di Mendel, riconosciute come leggi generali dell'ereditarietà solo all'inizio del secolo XX, sono apparse portatrici di conseguenze pratiche decenni più tardi, quando sono state considerate la base teorica dell'eugenismo.

Questo movimento è nato come un progetto per migliorare la specie umana mediante un controllo della procreazione, favorendo la trasmissione dei caratteri ereditari auspicati e impedendo la riproduzione di quelli valutati

come negativi. Il dizionario *Larousse del XX secolo*, pubblicato nel 1928, attribuiva come finalità alla "nuova scienza" dell'eugenismo di "eliminare gli indesiderabili e di conservare e perfezionare gli elementi sani e robusti". Le basi scientifiche dell'eugenetica erano tutt'altro che solide. È bastata, tuttavia, la sola patina di scientificità perché nel periodo tra le due guerre mondiali programmi eugenetici fossero intrapresi dal governo nazista in Germania - che si servì dell'eugenismo per giustificare la sua criminale politica razzista - e altri ne fossero realizzati nei paesi Scandinavi e negli Stati Uniti (con la stessa inconsistenza scientifica e nullità di risultati quanto al miglioramento della specie, ma con il totalitarismo nazista in meno). Gli errori del passato hanno gettato il discredito sui programmi eugenetici autoritari, inequivocabilmente condannati anche dal punto di vista morale, in quanto violano il fondamentale diritto della persona all'autodeterminazione.

Se le scoperte di Mendel corrispondono alla preistoria e l'eugenismo alla storia antica della genetica (il miglioramento della specie mediante l'eliminazione dei tarati era, del resto, la politica sanitaria corrente anche a Sparta, con risultati molto meno brillanti, a quanto ci dice la storia della civiltà, di quelli ottenuti ad Atene...), la storia moderna della genetica comincia a metà degli anni '50 del XX secolo, con l'identificazione del modo in cui si trasmettono i cromosomi e la scoperta della struttura molecolare del Dna. Gli anni seguenti furono segnati dal progressivo, paziente studio del modo in cui il "messaggio" ereditario, contenuto nel Dna dei cromosomi sotto forma di una successione di geni, poteva essere tradotto in proteine. Si trattava però ancora di conoscere il processo come avviene in natura, senza mettervi le mani; l'intervento dell'etica in questa fase -

Per corrispondenza:
Sandro Spinsanti
E-mail: gianorom@tin.it

superata la fascinazione dell'eugenismo quale misura politica autoritaria che ricorre alla costrizione per ottenere la trasmissione dei caratteri genetici ritenuti auspicabili - non eccede l'interesse rivolto alle conoscenze scientifiche di base, senza alcun particolare segnale di allarme, in quanto di per sé neutre.

La "manipolazione" segna l'ultima tappa del progresso della genetica. Dopo appena cinque lustri - i primi lavori di questo genere sono del 1973 - gli scienziati hanno messo a punto una tecnica per introdurre all'interno del patrimonio ereditario di una cellula un frammento di Dna estraneo, ottenuto mediante sintesi chimica. Tecnicamente si parla in questo caso di "Dna ricombinante". Si tratta di molecole di Dna costruite al di fuori delle cellule viventi, che vengono congiunte a segmenti di Dna, al fine di farli replicare in una cellula vivente.

Impadronirsi della chiave con cui si trasmettono i caratteri ereditari significa poter smontare la catena del Dna e pilotarne la ricostruzione a volontà. In pratica, l'elica del Dna (quel lunghissimo filamento che contiene le istruzioni di crescita per ogni organismo) viene tagliata per inserire altri frammenti, con informazioni diverse, che modificano lo sviluppo della cellula. È un lavoro di microchirurgia, in cui il bisturi viene sostituito da enzimi che attaccano e incidono il Dna, mentre dei batteri trasportano i geni scelti per la ricombinazione.

Le applicazioni possibili sono apparse le più varie: incroci tra piante diverse, nonché tra cellule vegetali e cellule animali; creazione di nuove specie vegetali, con caratteri modificati, come grano capace di crescere nel deserto od ortaggi che resistono al gelo; realizzazione in laboratorio di animali transgenici - per così dire "su misura" - per disporre di modelli sperimentali per la ricerca e l'osservazione *in vitro* dei meccanismi di azione di determinate patologie a base genetica, nonché come fornitori di organi per i trapianti (xenotrapianti); nel settore diagnostico-terapeutico, infine, creazione di sostanze organiche - come l'interferone e l'ormone che regola la crescita - e interventi terapeutici, grazie ai quali si trasferiscono geni tra organismi diversi per correggere, attivare o disattivare un gene difettoso o

inserirne uno mancante perché trasmetta in modo corretto il suo codice.

Tuttavia, insieme alle promesse che fanno balenare l'ingegneria genetica come l'El Dorado dell'era tecnologica, si evidenziano ben presto i dubbi. Si paventò il pericolo che le manipolazioni genetiche portassero alla creazione e moltiplicazione di germi patogeni nuovi, come batteri mutanti resistenti agli antibiotici e non trattabili con i mezzi farmacologici in nostro possesso. I problemi della sicurezza nei confronti di microrganismi geneticamente modificati smorzarono l'euforia creata dall'ingegneria genetica e sollevarono l'interrogativo etico della liceità dell'intervento dell'uomo in processi biologici che modificano la natura stessa degli organismi viventi.

Il primo allarme nasceva nell'ambito stesso degli scienziati che si occupavano di ingegneria genetica. Nel luglio 1974 un gruppo di specialisti lanciava con una lettera aperta un appello all'autoregolazione e gli esperimenti di modificazione genetica degli organismi venivano congelati da una moratoria. Ma nella conferenza di Asilomar, in California, tenutasi nel 1975, veniva decisa la ripresa dei lavori. In seguito le regolamentazioni e le misure precauzionali prese dai governi si sono succedute con ritmo discontinuo: a restrizioni e severi controlli hanno fatto seguito edulcorazioni permissive.

Una nuova fase dell'appello all'etica nell'ambito della genetica si è aperta nella primavera del 1997, con la notizia della clonazione di un mammifero a partire da una cellula differenziata di adulto (la pecora Dolly), ottenuta nei laboratori del Roslin Institute di Edimburgo (notizia apparsa su *Nature* del 27 febbraio 1997). La risonanza mondiale dell'evento è stata favorita dall'ipotesi di un'applicazione agli esseri umani della stessa tecnologia, per produrre a questo punto degli "uomini su misura" (Harris, 1997). La reazione generalizzata, tanto di istanze religiose come l'intervento del magistero cattolico nella persona del pontefice Giovanni Paolo II, quanto di quelle politiche e secolari, come il presidente degli Stati Uniti Bill Clinton, che ha istituito una commissione per indagare sull'eticità di queste procedure e ha deliberato una moratoria sul finanziamento pubblico delle ricerche

sulla clonazione umana è stata di condanna. In questa fase l'etica è apparsa sulla scena principalmente sotto forma di ampio coinvolgimento dell'opinione pubblica, mobilitazione di emozioni, pressioni per il controllo dell'attività degli scienziati, piuttosto che come ricerca di orientamenti per l'azione, attenti dalla riflessione filosofica. ■

L'ESAME DELLE URINE

Quale affidabilità?

Background Le infezioni delle vie urinarie (IVU) sono la più comune causa di infezione batterica grave nel piccolo bambino. Complessivamente dal 3% al 5% dei bambini piccoli febbrili hanno IVU. Precedenti pubblicazioni hanno rilevato una relativamente bassa sensibilità dell'esame di urine standard (EU) nell'evidenziare IVU nel piccolo lattante febbrile.

Obiettivi Gli autori si sono proposti di valutare la sensibilità dell'EU nei bambini dei primi 2 anni, di determinare se la sensibilità varia con l'età del paziente e di offrire raccomandazioni riguardo alla necessità dell'urinocultura.

Setting Pronto Soccorso del "Children's Hospital" di Boston, USA.

Metodi Popolazione dello studio

Sono state esaminate retrospettivamente le cartelle cliniche dei bambini di età inferiore a due anni e con febbre superiore a 38°C visitati al Pronto Soccorso dal gennaio 1993 al giugno 1999. Venivano registrate l'età, la razza, la temperatura e i risultati dei test di laboratorio. Tutti i pazienti che avevano effettuato EU e urinocultura venivano inclusi nello studio per il calcolo della sensibilità e specificità dell'EU.

Esame di urine e urinocultura

L'EU era praticato con i test dei nitriti e dell'esterasi leucocitaria mediante strisce reattive (Multistix Bayer Corporation). Come parte dell'EU il laboratorio faceva un'analisi microscopica se l'esame con le strisce rilevava la presenza di leucociti, nitriti, sangue o proteine. Veniva diagnosticata una piuria se erano presenti 5 o più leucociti per campo microscopico (40 ingrandimenti) in un campione di urina centrifugato. L'EU era considerato positivo nel caso di positività del test dei nitriti e/o dell'esterasi leucocitaria e/o nel caso di presenza di piuria.

L'urinocultura (test di riferimento) era considerata positiva per una conta batterica >1.000/ml da puntura soprapubica o >10.000/ml da catetere vescicale o >100.000 da "raccolta pulita" (mitto intermedio). In caso di isolamento di più di 1 specie batterica o di non patogeni la cultura era considerata contaminata e veniva trascurata.

Prevalenza dell'IVU

La prevalenza esatta dell'IVU non si è potuta calcolare perché non tutti i pazienti avevano una urinocultura; tuttavia una stima minima di prevalenza (prevalenza "rilevata") è stata calcolata per sottogruppi di età e sesso come il rapporto fra urinoculture positive e numero di bambini febbrili.

Sensibilità, specificità, rapporto di verosimiglianza (RV), probabilità post-test

Sensibilità e specificità sono state calcolate per sottogruppi di età.

La verosimiglianza di IVU in presenza di EU negativo è stata calcolata come RV (*likelihood ratio*) negativo ($[1 - \text{sensibilità}] / \text{specificità}$) (vedi *box*).

La probabilità post-test di IVU in presenza di EU negativo è stata stimata col nomogramma per il teorema di Bayes (*Figura 1*) basato sulla probabilità pre-test (prevalenza "rilevata") e sul RV.

Risultati Popolazione dello studio

Durante il periodo dello studio sono stati valutati presso il Pronto Soccorso 37.450 bambini di età inferiore a 2 anni e con febbre >38°C. Un EU è stato fatto in 17.679 (47%) e una urinocultura in 11.089 (30%).

Box

Probabilità pre-test, rapporto di verosimiglianza (RV), probabilità post-test

La **sensibilità** di un test diagnostico indica la percentuale di soggetti malati positivi al test e può essere così espressa:

$$N^{\circ} \text{ di malati positivi al test} / N^{\circ} \text{ di malati} \times 100.$$

La **specificità** di un test diagnostico indica la percentuale di soggetti sani negativi al test e può essere così espressa:

$$N^{\circ} \text{ di sani negativi al test} / N^{\circ} \text{ di sani} \times 100.$$

Un test è tanto migliore quanto più alta è la sensibilità, cioè quanto meno "perde" soggetti malati (e quindi quanto più piccolo è il numero dei falsi negativi), e quanto più alta è la specificità, cioè quanto più piccolo è il numero dei sani erroneamente diagnosticati positivi (falsi positivi).

Nello studio recensito i malati sono coloro che risultavano positivi al test di riferimento (urinocultura). La sensibilità del test indagato (EU) è dell'82% e la specificità del 92%.

Per calcolare il rischio di malattia in un paziente in presenza di un test positivo o negativo bisogna calcolare il **rapporto di verosimiglianza** (*likelihood ratio*) rispettivamente positivo o negativo.

Il RV positivo indica la verosimiglianza di avere una malattia rispetto a non averla in presenza di un test positivo e si calcola come percentuale di malati positivi al test / percentuale di sani positivi al test, cioè: $\text{sensibilità} \% / (100 - \text{specificità} \%)$.

Il RV negativo indica la verosimiglianza di avere una malattia rispetto a non averla in presenza di un test negativo e si calcola come percentuale di malati negativi al test / percentuale di sani negativi al test, cioè: $(100 - \text{sensibilità} \%) / \text{specificità} \%$.

Nello studio americano il RV negativo è $100 - 82 / 92 = 0,19$.

Per calcolare la **probabilità post-test** di una malattia, sia in caso di positività che di negatività del test, basta, utilizzando il nomogramma della *Figura 1*, tracciare una linea che colleghi il valore della **probabilità pre-test** (prevalenza) al valore del RV, proseguirla fino ad incrociare la linea della probabilità post-test e rilevarne il valore.

La probabilità post-test di una malattia, il rischio di avere una malattia in presenza di test positivo o negativo, dipende, per un dato test diagnostico con una certa sensibilità e specificità e RV, dalla prevalenza della stessa malattia nella popolazione con le caratteristiche del paziente.

Gli autori dello studio si proponevano di valutare l'affidabilità dell'EU nella diagnosi di IVU nei bambini di età inferiore a 2 anni. Hanno calcolato quindi il rischio di IVU nel bambino febbrile in presenza di EU negativo per determinare quante IVU si "perdono" sulla base della negatività di questo esame.

Utilizzando il nomogramma della *Figura 1* è facile rilevare, per fare degli esempi, che quando la probabilità pre-test di IVU è 0,8% (maschi con febbre >38°C di età fra 6 e 9 mesi) la probabilità post-test in presenza di EU negativo è 0,15% e c'è quindi la probabilità di 1 EU falsamente negativo ogni 666 ($0,15\% = 1,5/1000 = 1/666$).

Quando la probabilità pre-test di IVU è 3,6% (bambine bianche con febbre >39°C di età fra 18 e 24 mesi) la probabilità post-test in presenza di EU negativo è 0,7% (probabilità di 1 EU falsamente negativo ogni 142).

Con la probabilità pre-test di 13,2% (bambine bianche con febbre >39°C di età inferiore a 6 mesi) la probabilità post-test in presenza di EU negativo è 2,8% (probabilità di 1 EU falsamente negativo ogni 35).

Allo stesso modo si può calcolare il rischio di IVU in caso di EU positivo.

Basta verificare sul nomogramma la probabilità post-test in presenza di una data prevalenza (probabilità pre-test) e di RV positivo (nello studio 10,6).

Sono stati praticati insieme EU e urinocultura in 8.815 bambini.

Prevalenza dell'IVU

La prevalenza "rilevata" è stata globalmente del 2,1% (2,9% nelle femmine e 1,5% nei maschi). Tale prevalenza si modificava notevolmente con l'età: era massima nel primo mese (6,9%; 5,1% nelle femmine e 8,5% nei maschi) e si riduceva poi progressivamente. Fra 1 e 3 mesi era 5,5% (5,9% nelle femmine e 5,3% nei maschi), fra 3 e 6 mesi 3,6% (5,1% nelle femmine e 2,5% nei maschi), fra 6 e 9 mesi 2,1% (3,7% nelle femmine e 0,8% nei maschi), nel secondo anno 0,8% (1,4% nelle femmine e 0,3% - 0,4% nei maschi). Il rapporto maschi/femmine era a favore dei maschi nel primo mese, uguale a 1 nel secondo e terzo mese e poi sempre più a favore delle femmine. La temperatura >39°C confrontata con una temperatura più bassa (38°C - 38,9°C) aumentava la prevalenza; in particolare la raddoppiava abbondantemente nelle bambine nel primo anno e nei bambini nei primi 6 mesi. La prevalenza più alta di IVU (13,2%) era riscontrata nelle bambine di razza bianca di età inferiore a 6 mesi con febbre > 39°C.

Sensibilità, specificità, rapporto di verosimiglianza, probabilità post-test

La sensibilità dell'EU (strisce reattive ed esame microscopico) per la diagnosi di IVU era dell'82% (IC 95% 79% - 84%), la sensibilità dell'esame fatto solo con le strisce reattive (nitriti ed esterasi leucocitaria) era del 79% (IC 95% 76% - 82%). La specificità dell'EU (strisce reattive ed esame microscopico) era del 92% (IC 95% 91% - 92%). Sensibilità e specificità non variavano con l'età.

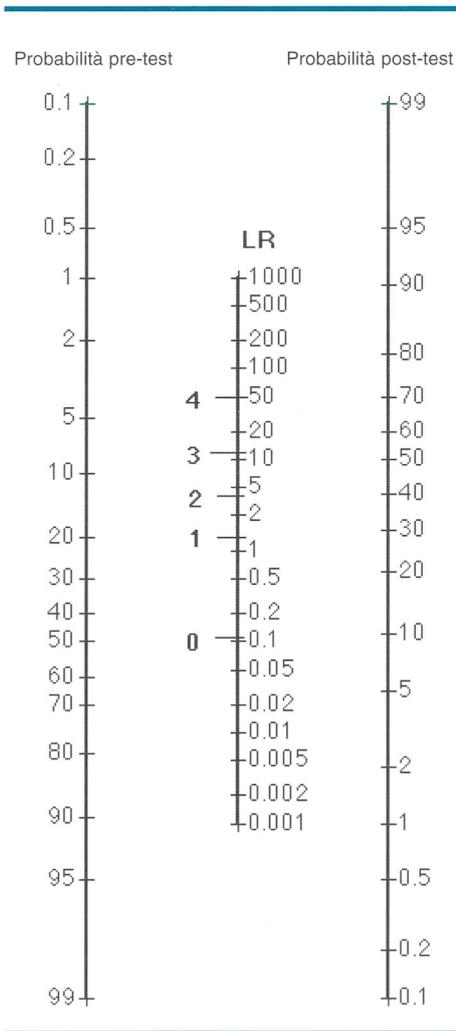
Il RV (*likelihood ratio*) per IVU (vedi **box**) in caso di EU positivo e negativo era rispettivamente 10,6 e 0,19.

Nel gruppo di pazienti con prevalenza (probabilità pre-test) di IVU del 2%, la probabilità post-test di IVU con un EU negativo, cioè il rischio di infezione in presenza di un EU negativo, era dello 0,4%: c'era perciò la probabilità di 1 EU falsamente negativo ogni 250. Quando la prevalenza era del 3% il rischio di IVU in presenza di EU negativo saliva allo 0,6%: c'era dunque la probabilità di 1 EU falsa-

mente negativo ogni 160.

Conclusioni Gli autori ritengono che i medici possono calcolare e usare le stime di rischio per IVU per decidere quando l'EU è un test adeguato e quali pazienti meriteranno comunque un'urinocultura. Sugeriscono che, se la prevalenza dell'IVU in una data popolazione è inferiore al 2%, il rischio di non diagnosticarla a causa di un EU falsamente negativo è "accettabile". Consigliano invece un atteggiamento di prudenza quando la prevalenza è superiore al 2%: un'urinocultura andrebbe sempre fatta nei bambini febbrili di età inferiore a 6 mesi e nelle bambine febbrili di età inferiore a 12 mesi senza altra evidenza di causa di malattia. Questo consiglio può essere ulteriormente precisato

Figura 1. Nomogramma per il calcolo della probabilità



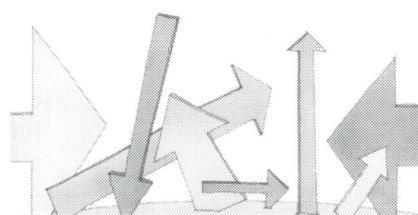
tenendo conto della temperatura: le bambine bianche con febbre >39°C hanno ancora a 24 mesi una prevalenza di IVU del 3,6% e quindi meritano comunque un'urinocultura. Tuttavia, dal punto di vista pratico, il rischio di "perdere" una IVU è molto più alto quando un paziente non è considerato a rischio di IVU (cioè non viene fatto un EU) che per la presenza di un EU falsamente negativo.

Commento In questo lavoro, già recensito su *Medico e Bambino* 2001;20:377, vengono riportati tutti i parametri che consentono di valutare l'utilità di un test diagnostico nella pratica clinica. La conoscenza della sensibilità e della specificità consente di calcolare facilmente il RV riferito a un test positivo e a un test negativo. Data una certa prevalenza (rischio a priori o probabilità pre-test) di una malattia in un paziente con determinate caratteristiche cliniche, è possibile, utilizzando il RV e un particolare nomogramma, calcolare il rischio (probabilità post-test) della malattia per quel paziente in presenza di test diagnostico positivo o negativo. Per saperne di più si legga il **box**.

Bachur R et al. Reliability of the urinalysis for predicting urinary tract infections in young febrile children. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155:60

Parole Chiave Esame urine, Sensibilità, Specificità, Rapporto di verosimiglianza

r. f.



Fattori genetici e patologia del neonato

Mariano S. Pergola

Consultorio di Genetica, ASL Roma E

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 42-46

Le malattie genetiche singolarmente rare sono nel complesso sufficientemente frequenti da costituire un problema di comunità. Il rischio di ricorrenza significativo ne rende più urgente e necessaria la diagnosi precoce. La consulenza genetica è quindi un tema vicino al "core" delle cure primarie.

I dati epidemiologici

Tutti i dati epidemiologici concordano nell'assegnare alle cause genetiche un ruolo rilevante nella patologia umana ad insorgenza pre e perinatale. Nell'uomo la maggior parte dei prodotti del concepimento spontaneamente non raggiunge il termine della gravidanza. La percentuale di perdite è più alta prima dell'impianto (20%-50%), decresce tra l'impianto ed il riconoscimento della gravidanza (8%-33%), e raggiunge livelli più bassi dopo il riconoscimento della gravidanza (10%-25%) e ancora di più dopo le prime 24 settimane (1%) (**Figura 1**)

Una percentuale significativa di spermatoцитi e di ovociti presenta anomalie cromosomiche *de novo* (11) ed infatti un'anomalia cromosomica, per lo più *de novo*, è dimostrabile in circa la metà degli embrioni persi prima della dodicesima settimana, secondo la distribuzione della **Tabella 1**.

Gli spermatoцитi e gli ovociti sono inoltre interessati da mutazioni del DNA incompatibili con un normale sviluppo embriofetale, probabilmente in percentuali superiori rispetto alle anomalie cromosomiche.

Perciò, è corretto pensare che molti casi di infertilità siano correlati al mancato impianto di un embrione per cause genetiche.

Lo stesso ritardo di crescita intrauterino si associa ad una causa fetale di natura genetica almeno nel 10% dei casi (6).

Uno studio condotto sulle cause di morte di 789 nati morti ha dimostrato che in circa un quarto dei casi la causa della morte fetale era attribuibile al feto stesso (9). La grande maggioranza di questi casi riconosceva una causa genetica (**Tabella 2**).

Infine, ogni 1.000 nati vivi si manifestano alla nascita o nel corso dei primi due decenni di vita circa 53 casi di malattia genetica (2) (**Tabella 3**).

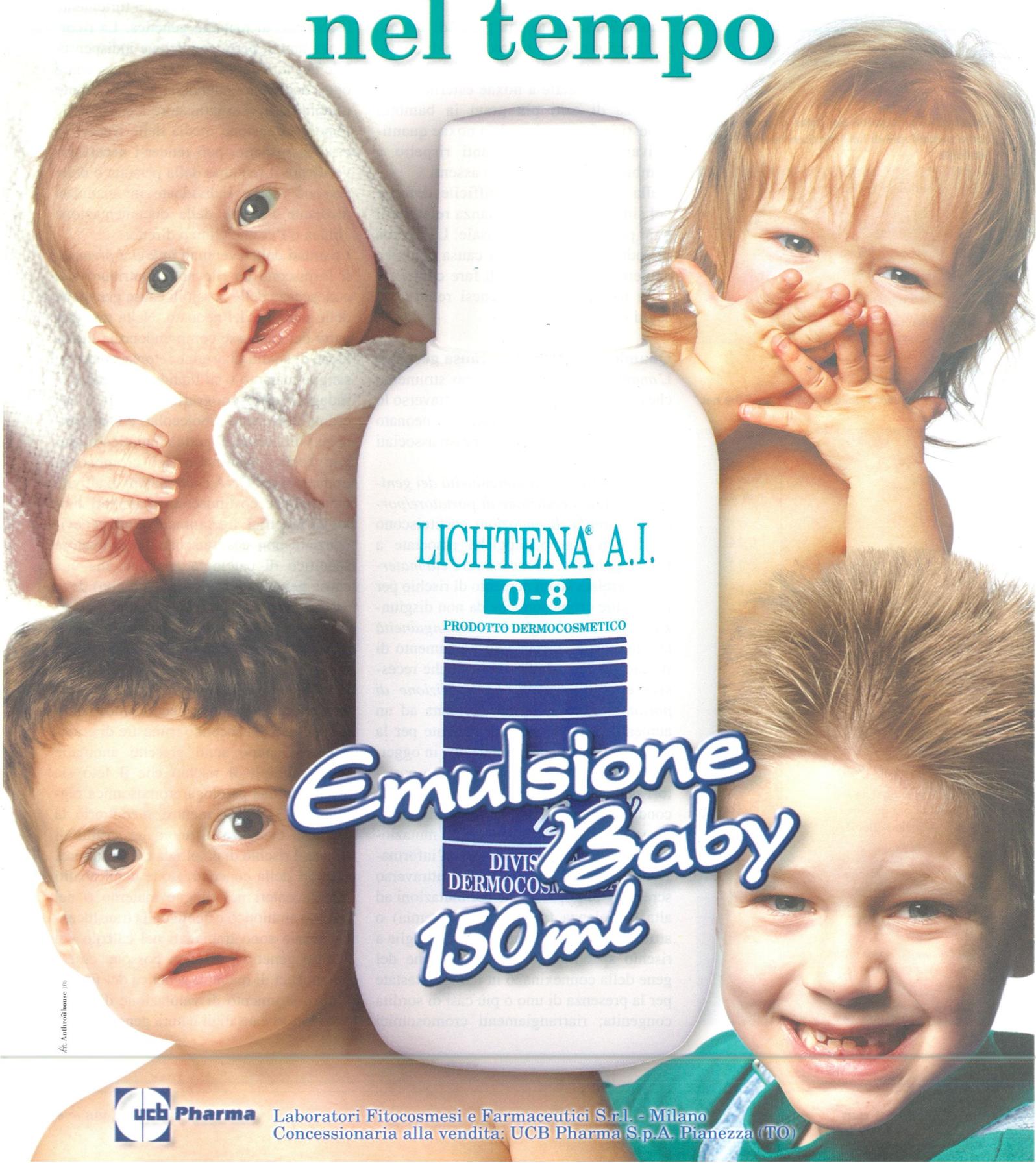
Il ruolo dei fattori genetici

L'insieme dei dati su esposti rende ragione del risultato di ricerche ormai classiche che hanno ridimensionato la "responsabilità" di fattori ambientali nella patologia del neonato. Una di queste (3) titolava "Intrapartum asphyxia: a rare cause of cerebral palsy", stimando che solo nell'8% di tutti i bambini con paralisi cerebrale spastica l'asfissia intrapartum poteva considerarsi la causa possibile del loro danno cerebrale. Il contributo degli eventi intrapartum e del *mismanagement* ostetrico alla quota totale delle paralisi cerebrali è perciò minore di quanto ritenuto precedentemente ed è verosimile che ulteriori miglioramenti dell'assistenza perinatale non dovrebbero produrre sostanziali riduzioni dei casi di paralisi cerebrale.

Fattori "intrinseci" rappresentano, dunque, la causa o la concausa di una parte significativa di casi di patologia del neonato. Le contratture costituiscono un modello fenotipico paradigmatico: il medesimo fenotipo clinico può essere la risultante di fattori causali diversi, genetici o non genetici, eventualmente interagenti (**Figura 2**). Il riconoscimento della natura della causa è essenziale alla comprensione della patogenesi, alla valutazione della prognosi e del trattamento ed alla programmazione degli interventi preventivi per successive gravidanze.

In analogia con il modello su esposto, è possibile ipotizzare, più in generale, l'esistenza di una interazione complessa genotipo-ambiente in base alla quale una noxa perinatale "estrinseca" possa aggravare una condizione patologica preesistente "intrinseca", e, addirittura, essere essa stessa, almeno in parte, conseguenza della condizione preesistente, come nell'esempio di (**Figura 3**) relativo a segni clinici evidenziati dopo esposizione perinatale ad ipos-

Delicata, efficace... nel tempo



LICHTENA® A.I.

0-8

PRODOTTO DERMOCOSMETICO

Emulsione
Baby
150ml

DIVIS
DERMOCOSM.



Laboratori Fitocosmesi e Farmaceutici S.r.l. - Milano
Concessionaria alla vendita: UCB Pharma S.p.A. Pianezza (TO)

Tabella 1. Anomalie cromosomiche più comuni in embrioni persi prima della dodicesima settimana

trisomie	63%
triploidie	13%
monosemia X	10%
tetraploidie	9%
anomalie strutturali	5%

Tabella 2. Distribuzione per classi di cause fetali come percentuale di tutte le cause fetali di Nati-Mortalità

Condizioni sporadiche	29%
Aberrazioni cromosomiche	25%
Malattie multifattoriali	12%
Malattie mendeliane	5%
Eventi ambientali	4%
Non classificabili	25%

Tabella 3. Frequenze delle malattie genetiche nei nati vivi

Categoria	% del totale dei nati vivi
A.	
Dominanti	0,14
Recessive	0,17
X-linked	0,05
Cromosomiche	0,18
Multifattoriali	4,64
Genetiche non classificabili	0,12
TOTALE	5,32 (a)
B.	
Tutte le anomalie congenite 740-759 (b)	5,28
Anomalie congenite con eziologia genetica (incluse nella sezione A)	2,66
C.	
Malattie della sezione A più quelle anomalie congenite non già incluse	7,94

a) La somma non è esatta a causa dell'arrotondamento
b) Numeri dell'ICD

sia. Di fronte a segni neonatali il clinico può essere tentato di attribuirne la causa al possibile fattore noto che ha immediatamente preceduto il momento della diagnosi e che, comunque, risulta più evidente e meglio misurabile.

Il modello indicato è in grado di spiegare almeno in parte la frequente drammatica diversità degli esiti a parità di esposizione perinatale a noxae esterne o l'evidenza di esiti più gravi in bambini esposti in fase perinatale a noxae quantitativamente meno rilevanti rispetto a bambini con esiti scarsi o assenti.

Nella pratica è molto difficile definire nel singolo caso l'importanza relativa di ogni possibile fattore causale. La ricerca metodica di indicatori di causa genetica aumenta le probabilità di fare chiarezza sulla natura e la patogenesi relative ai segni clinici del neonato.

Quando sospettare una causa genetica

L'anamnesi è un potentissimo strumento che ci consente di individuare attraverso lo studio familiare e personale del neonato elementi patologici e non, spesso associati a causa genetica.

L'età materna, la consanguineità dei genitori e la loro condizione di portatore/portatrice sano/a di mutazioni costituiscono condizioni non patologiche associate a rischio genetico. Come è noto l'età materna è correlata ad un aumento di rischio per le malattie cromosomiche da non disgiunzione nei futuri figli. La consanguineità dei genitori è correlata ad un aumento di rischio per le malattie autosomiche recessive e multifattoriali. La condizione di portatore sano è, infine, correlata ad un aumento di rischio esclusivamente per la malattia associata alla mutazione in oggetto. Ovviamente, poiché tutti siamo portatori sani di diverse decine di mutazioni, la condizione può assumere una rilevanza operativa solo per quella o quelle mutazioni che sono note nei genitori. L'informazione è solitamente acquisita attraverso screening di popolazione per mutazioni ad alta prevalenza (per es. microcitemia) o attraverso screening familiari in famiglie a rischio specifico (per es. mutazione del gene della connexina26 in famiglie testate per la presenza di uno o più casi di sordità congenita; riarrangiamenti cromosomici

bilanciati in famiglie in cui segregano condizioni polimalformative associate a ritardo mentale).

La ricorrenza di uno o più casi di malattia simile a quella del neonato nelle famiglie di origine dei genitori avvalora fortemente il sospetto di malattia genetica. La ricorrenza non è, però, condizione indispensabile per la diagnosi di malattia genetica e oggi dobbiamo attenderci un contributo minore da questo indicatore a causa della minore estensione media delle fratrie. In caso di sospetto, può rendersi necessario verificare il fenotipo della persona o delle persone affette individuate in anamnesi mediante l'esame della documentazione clinica o l'esame clinico diretto.

I risultati delle eventuali indagini prenatali forniscono un rilevante contributo alla conoscenza delle possibili cause genetiche delle malattie del neonato. Nella maggior parte dei casi esse comprendono la titolazione di analiti di origine fetoplacentare su sangue materno o su liquido amniotico, le indagini ultrasonografiche fetali e gli esami citogenetici, molecolari e biochimici su villi coriali, liquido amniotico o sangue fetale. Anomalie dei cromosomi, mutazioni del DNA e alterazioni di attività metaboliche costituiscono marcatori biologici specifici. Le anomalie fetali ecoevidenziate non costituiscono un marcatore specifico di patologia genetica, ma una causa genetica (cromosomica e non) deve essere sempre sospettata in caso di malformazione fetale. Chitty (4) ha messo in evidenza che pressoché tutti i feti con trisomia 13, il 77% dei feti con trisomia 18 ed il 33-44% dei feti con trisomia 21 presentano anomalie strutturali ecodiagnosticabili nel corso del secondo trimestre di gravidanza. Quando sono presenti anomalie fetali multiple il rischio che il feto sia affetto da una patologia cromosomica raggiunge il 35% (10), mentre, al contrario, la mancata evidenza di anomalie strutturali riduce il rischio di patologia cromosomica. I valori della concentrazione degli analiti fetoplacentari nel sangue materno o nel liquido amniotico e quelli della translucenza nucale sono impiegati nel calcolo del rischio genetico, ma non possono essere diagnostici di malattia genetica del feto. L'altro strumento di valutazione di eventuali fattori causali di natura genetica nella

**Tabella 4. (modificata da Frontali 1988)
Condizioni patologiche con una rilevante frazione di origine genetica**

Tipo di patologia	% di forme genetiche
Ritardi mentali gravi	45
Sordità congenite	30 - 50
Malformazioni congenite	30
Cardiopatie congenite	98
Iidrocefalia	70
Microcefalia	33
Malattie muscoloscheletriche	57
Osteocondrodipiasie	circa 100

Tabella 5. Benefici della valutazione genetica

Per il paziente
·Identificazione di terapie mediche e non mediche appropriate
·Screening presintomatico per complicazioni/disabilità funzionali associate
·Pianificazione degli interventi educativi
·Eliminazione di esami e valutazioni non necessari
Per i genitori
·Possibilità di fare previsioni
·Istruzioni e consulenza
·Riferimento ad agenzie mediche e di servizio sociale appropriate
·Riferimento a gruppi di supporto
·Consulenza riproduttiva, test per la condizione di portatore, diagnosi prenatale
·Rete di supporto alla famiglia

patologia del neonato è costituito ovviamente *dall'esame del suo fenotipo*. Il medico che a questo fine esamina il neonato e gli eventuali parenti affetti, a fronte del numero elevatissimo di malattie genetiche solitamente rare (il catalogo *on line* delle malattie mendeliane curato da McKusick elenca, infatti, in data 1 Febbraio 2001 ben 6.786 loci genici mappati), è comunque sostenuto da evidenze epidemiologiche. Infatti, alcuni segni clinici sono frequentemente associati a causa genetica, specialmente se in combinazione (se ne fornisce un elenco esemplificativo in **Tabella 4**), e nel caso di malattia ad insorgenza acuta neonatale, l'anoressia, la distrofia, il vomito, l'ipotonia, la letargia o le convulsioni non attribuibili a sepsi, emorragia cerebrale o insufficienza cardiaca costituiscono elementi del fenotipo a probabile causa genetica. Per altro, il 15-20% delle malattie del metabolismo ha un inizio acuto, quasi subito dopo la nascita, dopo pochi giorni o nelle prime settimane di vita. Infine, la *natura degenerativa* di un disturbo e la *progressività* dei segni rappresentano ulteriori elementi clinici a favore dell'ipotesi genetica.

In forma sintetica (e con molta ovvietà) si può affermare che, per rispondere alla domanda "*perché è successo?*", è lecito sospettare la natura genetica di una condizione patologica ogni volta che dall'anam-

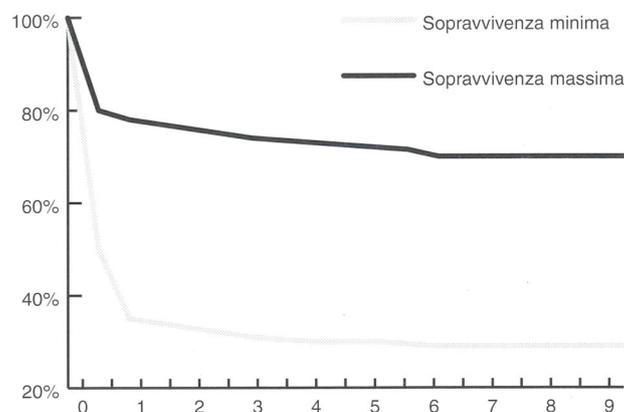
nesi, dalla documentazione o dall'esame clinico non emergano chiare evidenze di fattori causali "esterni" (carenziali, infettivi, traumatici, anosici) che ne giustifichino la presenza.

Non è mai troppo tardi

La maggiore frequenza di cause genetiche nei casi di natimortalità o di mortalità neonatale rispetto ai casi di patologia non letale del neonato impone la ricerca della causa anche in caso di decesso. Il non poter curare non deve esimere dal dovere di informare e, se possibile, di prevenire. Motulsky (1998) propone il seguente protocollo di studio nei casi di natimortalità o di morte perinatale:

- *rivisitare la storia genetica, medica e ostetrica;*
- *verificare una possibile consanguineità dei genitori;*
- *raccomandare ai genitori con le dovute maniere di permettere un esame necroscopico completo;*
- *ottenere fotografie, incluso il viso in primo piano e di profilo, l'intero corpo e, quando possibile, immagini dettagliate di un'eventuale anomalia (per esempio delle dita);*
- *ottenere radiografie full-body;*
- *considerare una risonanza magnetica full-body se non è consentito l'esa-*

Figura 1. Stima della sopravvivenza massima (curva superiore) e minima (curva inferiore) dei prodotti del concepimento.



me necroscopico;

- documentare con cura ogni eventuale dimorfismo;

- ottenere campioni di sangue dal cordone o dal feto per analisi dei cromosomi e del DNA;

- ottenere siero fetale per lo studio di malattie infettive (per es. parvovirus, cytomegalovirus, toxoplasmosi);

- ottenere campioni di tessuto fetale (possibilmente mediante prelievo dalla fascia lata in condizioni di sterilità) per coltura cellulare per eventuali studi dei cromosomi, biochimici o del DNA;

- ottenere campioni di sangue dei genitori per analisi cromosomica, quando indicato;

- comunicare il risultato finale dell'esame necroscopico e le conclusioni di analisi speciali;

- fornire una consulenza ai genitori, comprensiva di conclusioni scritte.

Anche se il rispetto di tutte le raccomandazioni può rivelarsi non realistico in molti contesti organizzativi, alcune richiedono solo minime risorse strumentali e di personale.

Considerazioni finali

Le malattie genetiche, sebbene ciascuna solitamente rara, sono nel complesso sufficientemente frequenti, clinicamente rilevanti e, di norma, poco suscettibili di trattamento da dover essere costantemente tenute in considerazione dal clinico nella valutazione del neonato patologico. Un rischio di ricorrenza significativo spesso associato a queste malattie ne rende più urgente la diagnosi precoce.

Con l'aumento del numero e della qualità delle informazioni aumentano le probabilità di pervenire ad un inquadramento diagnostico corretto della malattia. Esso costituisce un elemento indispensabile alla consulenza genetica (in particolare al calcolo del rischio di ricorrenza ed all'individuazione di eventuali sistemi di controllo o di prevenzione del rischio). Al riguardo viene riportato in **Tabella 5** un elenco complessivo dei benefici prodotti dalla valutazione genetica secondo l'American College of Medical Genetics (5).

Il laboratorio di citogenetica, di genetica molecolare o di patologia metabolica in molti casi sono indispensabili alla formu-

lazione della diagnosi definitiva e spesso ne viene enfatizzata l'importanza. Ma l'alta specificità e complessità, i costi ed i tempi dei diversi possibili esami diagnostici rendono l'inquadramento clinico una condizione preliminare attualmente irrinunciabile per l'indicazione appropriata di ogni successiva indagine. In altre parole, l'aumento di complessità raggiunto dalla materia a causa dell'incremento delle conoscenze, se impone al clinico un aggiornamento continuo, ne lascia inalterata o ne accresce addirittura la responsabilità della condotta diagnostica. ■

Bibliografia

(1) Bahado-Singh RO et al. Risk of Down syndrome and any clinically significant chromosome defect in pregnancies with abnormal triple-screen and normal targeted ultrasonographic results. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:824

(2) Baird PA et al. Genetic Disorders in Children and Young Adults: a Population Study *Am J Hum Genet* 1988;42:677

(3) Blair E et al. Intrapartum asphyxia: A rare cause of cerebral palsy *J Pediatr* 1988;112:515

(4) Chitty LS. Ultrasound screening for fetal abnormalities *Prenat Diagn* 1995;15:1241

(5) Curry CJ et al. Evaluation of Mental Retardation: Recommendations of a Consensus Conference *Am J Med Genet* 1997;72:468

(6) Dawes G. Size at birth *Ciba Foundation Symposium*, Amsterdam, 1974

(7) Frontali M. Previsione e prevenzione in patologia genetica *Federazione Medica* 1988;41:495

(8) Milunsky A. Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention, and Treatment *JHU Press*,

Baltimore 1998

(9) Pauli R et al. Stillbirth Service Program II: analysis of diagnosis in the first 1.000 referrals *Am J Med Genet* 1994;50:135

(10) Rizzo N et al. Prenatal karyotyping in malformed fetuses *Prenat Diagn* 1990;10:17

(11) Simpson JL. Incidence and timing of pregnancy losses: relevance to evaluating safety prenatal diagnosis *Am J Med Genet* 1990;35:165

(12) Smith DW. Recognizable Patterns of Human Deformation *Saunders Company* 1981 Baltimore

(13) Stevenson RE et al. Human Malformations and Related Anomalies *O.U. Press Oxford* 1993

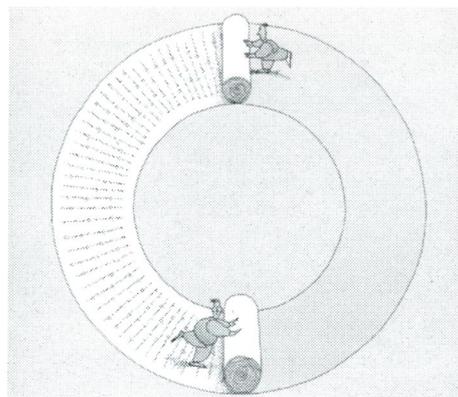


Figura 2.

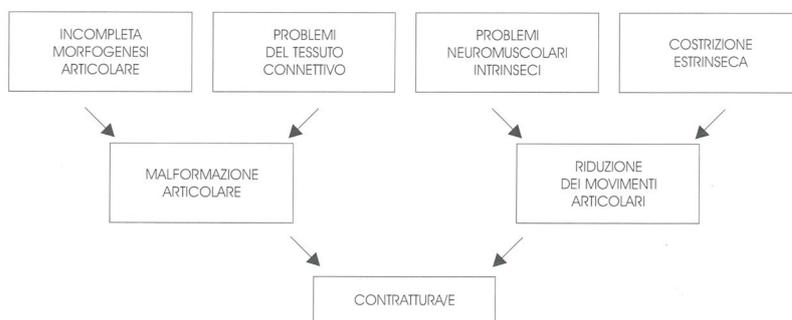


Figura 3. Segni clinici dopo esposizione perinatale ad ipossia





Saper fare

Quando utilizzare il test genetico per la diagnosi di fibrosi cistica

Graziella Borgo

Servizio di Consulenza Genetica, Centro Regionale Fibrosi Cistica, Verona

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 47-48

Con le attuali tecniche di genetica molecolare nella realtà sanitaria italiana uno screening del portatore o del malato di fibrosi cistica (FC) nella popolazione generale non è realizzabile. Ma è possibile e vantaggioso l'uso ragionato di tali tecniche, vale a dire l'applicazione del test genetico nei soggetti che hanno più probabilità di altri di essere portatori del gene o maggior rischio di avere figli malati. È importante riconoscere queste condizioni.

Premessa

Le considerazioni fatte in questo articolo si rifanno alle Linee Guida (1) elaborate recentemente da una commissione di esperti (pediatri, biologi, genetisti) designata dal Gruppo di Studio Fibrosi Cistica della Società Italiana di Pediatria e approvate dalla Società Italiana di Genetica Umana, la principale società scientifica nazionale in campo genetico. Altri documenti, aventi lo scopo di fornire un indirizzo o creare un consenso sugli aspetti fondamentali dell'utilizzo del test genetico per fibrosi cistica, sono stati in precedenza prodotti solo in ambito nord-americano (2) e sono rivolti ad una realtà diversa dalla nostra, sia sotto il profilo socio-sanitario sia sotto il profilo genetico. Caratteristica importante della popolazione italiana è di presentare, rispetto alle mutazioni del gene della fibrosi cistica (gene CFTR=Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator), una forte disomogeneità genetica (3). Questo vuol dire, in pratica, che in Italia gli abitanti di ogni regione, se portatori del gene, sono portatori di mutazioni abbastanza diverse (per tipo e frequenza) da quelle della regione limitrofa. Pertanto un test "nazionale" per lo screening del portatore FC dovrebbe basarsi sulla ricerca di un numero estremamente elevato di mutazioni; nello stesso tempo, naturalmente, dovrebbe essere molto economico. Un test con queste prerogative non è ancora disponibile. Quando poi fosse realizzato, si dovrebbe avviare una campagna di informazione sulla malattia, che è assolutamente sconosciuta alla popolazione; si dovrebbero approntare strutture di laboratorio e di consulenza genetica, oggi inesistenti, in quantità adatta a coprire i bisogni creati da un programma di massa. Tale scelta di strategia sanitaria andrebbe fatta, per rispettare i criteri di una eguale possibilità di accesso al test da parte di tutte le fasce della popolazione, nell'ambito degli operatori e delle strutture pubbliche; da queste dovrebbe essere programmato un bilan-

cio costi-benefici (4): non risulta che tale bilancio sia mai stato tentato nemmeno sul piano teorico (neanche in quelle regioni che sono favorite da maggior omogeneità genetica per il gene CFTR), tanto evidente è il divario tra l'obiettivo e le risorse disponibili.

La realtà attuale

In mancanza di una politica sanitaria nazionale o regionale che si esprima chiaramente sul problema, accade che il test genetico per fibrosi cistica viene offerto al consumo individuale, sulla spinta del mercato tecnologico che lo impone, nella generale disinformazione sulla malattia e sulle caratteristiche del test stesso. Per primi sono disinformati gli stessi medici: così succede che il medico di base o il ginecologo valuti inutile il test nel cugino di un malato FC che lo chiede ("perchè tanto è una parente lontano"), non sapendo che quell'individuo ha una probabilità su quattro di essere portatore (cioè molto più di quella della popolazione generale che è circa uno su venticinque). Nello stesso tempo però ritiene indicato che lo utilizzi una donna in gravidanza anche se non ha nessun caso FC in famiglia (e che probabilmente lo chiede su suggerimento dell'amica), ignorando tutta la problematica indotta dalla scarsa sensibilità del test e dalla conseguente possibilità di avere un risultato che non esclude nel feto la presenza della malattia.

L'uso razionale del test

L'uso improprio e acritico del test genetico FC sta crescendo e le linee-guida citate (1) si sono poste l'obiettivo di promuovere un uso ragionato del test, basato sul riconoscimento delle condizioni che portano un soggetto ad avere probabilità aumentata, rispetto alla popolazione generale, di essere portatore del gene FC. Solo in quest'ultimo caso vi è indicazione all'uso del test. Non vi è indicazione se la probabilità è quella della popolazione generale.

Per corrispondenza:
Graziella Borgo
E-mail: grazborg@yahoo.it

Chi ha più probabilità rispetto alla popolazione generale di essere portatore del gene FC?

I soggetti che ad una anamnesi familiare accurata (è importante farla!) risultano avere parenti diretti, anche lontani, malati di fibrosi cistica (5); le coppie di consanguinei (dato il carattere autosomico recessivo della malattia); le coppie in cui la donna è in gravidanza e l'ecografia fetale indica la presenza di iperecogenicità intestinale, immagine talora secondaria alla presenza nel feto di fibrosi cistica (6); il partner maschile di una coppia infertile che ha avviato una procedura di fecondazione assistita e che è risultato, nell'ambito delle indagini volte a diagnosticare la causa dell'infertilità, affetto da atresia congenita dei dotti deferenti (potrebbe essere un semplice portatore o un malato di una forma atipica di fibrosi cistica) (7).

Il test genetico oltre alla diagnosi di portatore rende possibile la *diagnosi prenatale per fibrosi cistica*. Seguendo lo stesso criterio-guida questa è indicata nelle *coppie che hanno rischio aumentato rispetto alla popolazione generale* di avere una gravidanza FC. Sono le coppie che hanno già avuto un figlio malato o che per altre ragioni hanno fatto il test genetico risultando entrambi portatori. In questi casi il genotipo FC e quindi le mutazioni che lo compongono sono conosciute perché c'è un caso-indice o due portatori identificati come tali. Per queste coppie, che hanno una probabilità su quattro di avere un figlio affetto da FC (rispetto a una su 2.500 circa della coppia della popolazione generale) la diagnosi prenatale fornirà una risposta certa (affetto o non affetto).

Nelle coppie in cui uno è portatore e l'altro è risultato negativo al test, poiché il negativo potrebbe essere un *falso negativo*, il rischio di una gravidanza FC viene valutato in un range variabile da uno su 300 a uno su 700 (a seconda della sensibilità del test applicato) (8). Per queste coppie l'indicazione alla diagnosi prenatale è discutibile, perché è vero che hanno rischio aumentato rispetto alla popolazione generale ma è anche vero che dall'indagine prenatale potrebbero avere una risposta non conclusiva, nel caso in cui il feto risultasse portatore: dati i limiti del test non si potrebbe escludere il rischio della presenza di malattia FC.

Infine il test genetico naturalmente può

essere utilizzato in un lattante, un bambino o un adulto che abbiano un *quadro clinico sospetto per fare diagnosi di malattia FC*. Ma attenzione anche qui ad un uso ragionato: non va usato in prima istanza come indagine singola e preliminare perché con un test avente il 70% di sensibilità, che è quella oggi mediamente raggiungibile in Italia, verrebbe diagnosticato circa un malato su due. Solo un malato su due infatti presenterebbe genotipo FC con due mutazioni entrambe identificabili: l'altro sfuggirebbe perché nel suo genotipo FC una delle due mutazioni (o entrambe) non sarebbero riconosciute (8). In particolare il pediatra deve tenere presente che nelle regioni italiane in cui viene realizzato lo screening neonatale della malattia il test usato è biochimico (dosaggio del tripsinogeno immunoreattivo: IRT) e che il test genetico, previsto da alcuni programmi, viene applicato solo ai neonati risultati IRT positivi (9). Ma la diagnosi definitiva della malattia si fonda ancora sul test del sudore. Importante poi sapere che l'identificazione del genotipo non aiuta a prevedere l'evoluzione del quadro polmonare della malattia, che è determinante per la qualità e la durata della vita del malato FC. Non esiste una correlazione tra il tipo di mutazioni e l'entità dei disturbi polmonari: si suppone in questo ambito l'intervento, accanto al gene CFTR, di geni modificatori e fattori ambientali (10). Una correlazione genotipo-fenotipo è documentata solo per alcune mutazioni e lo stato di sufficienza o insufficienza pancreatica (11).

Conclusioni

I progressi della tecnologia genetica sono veloci e l'obiettivo di realizzare un test genetico che sia più sensibile e nello stesso tempo abbia facilità di esecuzione e costi più limitati non è lontanissimo. Le considerazioni fatte in questo articolo andranno quindi riviste probabilmente in tempi non lunghi.

Microchip per FC (dispositivi in silicio che, combinando la tecnologia dei circuiti microelettronici con quella della biologia molecolare, sono in grado di diagnosticare un numero elevatissimo di mutazioni) sono alle porte (12). Nell'attesa, ai medici il compito di ricorrere all'attuale test in maniera appropriata. E di favorirne un uso consapevole da parte di chi vi si sottopone. Uso consapevole significa che l'utente è un adulto che è stato informato sulla malattia

FC e sulle caratteristiche e i limiti del test (di questo test come di altri test genetici per altre malattie o condizioni) e dopo essere stato informato ha deciso di eseguirlo.

La realtà corrente è che prevalentemente non c'è né informazione né scelta personale, così il test genetico FC viene passivamente "consumato": vi è la tendenza da parte della popolazione a considerare la genetica una sorta di moderna Sibilla in grado di emettere profezie indispensabili per la conoscenza della propria salute e delle sorti future. La spinta del mercato tecnologico che alimenta questa tendenza può essere contenuta attraverso una buona pratica medica e un incremento dell'educazione sanitaria di base (13). ■

Bibliografia

- (1) Linee Guida per l'uso del test genetico per fibrosi cistica. *Filo diretto con le malattie genetiche*. Vol. 2, Ed. Utet Telethon 2001
- (2) NIH Consensus Statement Genetic testing for cystic fibrosis. *Arch Intern Med* 1999;159:1529
- (3) Rendine S et al. Genetic history of cystic fibrosis mutations in Italy I. Regional distribution. *Ann Hum Genet* 1997;61:411
- (4) Wildhagen MF et al. Cost, effects and savings of screening for cystic fibrosis gene carriers. *J Epidemiol Community Health* 1998;522:459
- (5) Borgo G et al. Carrier testing program in a high risk cystic fibrosis population from NorthEastern Italy. Active recruitment of relatives via proband's parents. *Community Genet* 1999;2:82
- (6) Slotnick RN et al. Prognostic implications of fetal echogenic bowel. *Lancet* 1996;347:85
- (7) Daudin M et al. Congenital bilateral absence of the vas deferens: clinical characteristics, biological parameters, cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene mutations, and implication for genetic counseling. *Fertility and sterility* 2000;74:1164
- (8) Lemna W K et al. Mutation analysis for heterozygote detection and the prenatal diagnosis of cystic fibrosis. *N Engl J Med* 1990;322:291
- (9) Castellani C et al. Newborn screening strategy for cystic fibrosis: a field study in an area with high allelic heterogeneity. *Acta Paediatr* 1997;86:497
- (10) Rozmahel R et al. Modulation of disease severity of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator deficient mice by a secondary genetic factor. *Nat Genet* 1996;12:280
- (11) Mickle JE et al. Genotype-phenotype relationships in cystic fibrosis. *Med Clin of North Am* 2000;84:597
- (12) Henn V. Genetic screening with the DNA chip: a new Pandora's box? *Journal of Medical Ethics* 1999;25:200
- (13) Bekker H et al. Uptake of cystic fibrosis testing in primary care: supply push or demand pull? *BMJ* 1993;306:1584

Teatro Salesiani Crocetta, Torino 12 - 14 ottobre 2001

XIII CONGRESSO NAZIONALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Sicurezze e insicurezze di genitori, bambini e pediatri

Il XIII Congresso Nazionale ACP ha come filo conduttore la ricerca della sicurezza e le molteplici insicurezze fra cui si muovono famiglie, bambini e pediatri. Sicurezza non è solo riduzione del rischio, ma un delicato equilibrio fra protezione e garanzie da una parte e possibilità di crescere, sperimentare, divenire autonomi dall'altra. Riconoscere ciò che davvero promuove la sicurezza richiede un approccio critico, la necessità di nutrire dubbi, il confronto con le evidenze scientifiche. Non tratteremo il tema in modo organico; mentre approfondiremo alcuni aspetti, per altri ci limiteremo a lanciare spunti, confidando anche nella ormai tradizionale vivacità delle discussioni per offrire ai partecipanti sufficienti motivi di riflessione. Nella prima giornata esamineremo come il sostegno alle famiglie possa facilitare l'acquisizione per i bambini di una base sicura, necessaria alla loro autonomia ed al loro benessere.

Possibili, interventi in questa direzione riguardano i pediatri, ma non solo essi: come da tradizione ACP vi saranno apporti di altre discipline e il venerdì, dedicato a questo tema, sarà espressamente aperto ad altre professionalità con cui vogliamo confrontarci e collaborare. Per questo sarà possibile l'iscrizione soltanto alla prima giornata, con quota ridotta. La prima sessione di interventi vedrà la partecipazione di T.B. Brazelton, il pediatra che ha costruito un ponte verso la psicologia e la psichiatria infantile, che ci ha insegnato a meglio conoscere il comportamento dei neonati, le caratteristiche di ogni bambino fin dalla nascita, i momenti cruciali nel suo sviluppo, e che ci ha fornito gli strumenti per affiancare e sostenere i genitori nel loro compito. Il sabato sarà maggiormente dedicato ad aspetti clinici ed alle opportunità preventive, mentre la mattina della domenica abbiamo scelto di utilizzare, fra i tanti possibili, il tema degli screening neonatali per esemplificare vantaggi e rischi connessi alla ricerca di garanzie. Il confronto fra i gruppi sarà garantito dalla presentazione e discussione in aula dei quattro posters più significativi riguardanti le attività locali, scelti dal Direttivo nazionale, ma anche, per la prima volta, da un incontro fra i referenti di tutti i gruppi locali. (da inviare entro il 30 settembre a: Nicola D'Andrea, Div. Pediatria, Ospedale Civile 75100 MATERA)

VENERDÌ 12

INCONTRO CON T.B. BRAZELTON Modera G. Rapisardi
09.15 Introduzione
09.30 Guide anticipatorie: un'occasione di sostegno alle famiglie (in lingua inglese con traduzione simultanea) T.B. Brazelton
12.30 Colazione di lavoro

LA FAMIGLIA: UNA BASE SICURA? Modera N. D'Andrea

14.00 Le nuove famiglie: da quando e perchè C. Saraceno
15.00 Il sostegno alla genitorialità: esperienze ed evidenze scientifiche G. Tamburlini
15.30 Il sostegno alla genitorialità: perchè un intervento precoce S. Muscetta
16.50 Il pediatra, il neonato, i genitori e... gli altri P. Facchin
17.45 Incontro dei referenti Gruppi locali ACP

SABATO 13

LA SICUREZZA PER IL BAMBINO Modera A. Alberti
08.45 I bilanci di salute: significato, storia, valutazione di esiti M. Farneti
09.00 I bilanci di salute: riflessioni su esperienze concrete e prospettive G. Garrone
09.15 Il pediatra e la promozione del benessere psichico: suggerimenti di un psicanalista P. Roccato
10.00 I vaccini: sono sempre più sicuri? B. Assael
10.45 Le cinture di sicurezza e il trasporto del bambino in auto: dimostrazione mediante video di crush-test G. della Valle

Modera G.C. Biasini

11.30 Il pediatra e l'emergenza: quali strumenti efficaci A. Urbino
11.50 Avvelenamenti e intossicazioni: la casistica di un Pronto Soccorso M.G. Peisino
12.10 Quando un bambino rischia: le malattie pericolose P. Pecco

I PEDIATRI IN SICURI ovvero RAGIONEVOLI DUBBI Modera L. Castelli

14.30 Certezze e dubbi in medicina neonatale M. Orzalesi
15.20 Risultati e discussione della ricerca ACP sulle otiti S. Conti Nibali
16.00 È possibile ed economico investire in prevenzione? N. Dirindin
16.30 Commento a quattro comunicazioni-poster riguardanti le attività dei gruppi locali
17.15 Assemblea ACP

DOMENICA 14

I RISCHI DELLA SICUREZZA Modera D. Baronciani
09.00 Il rischio di non correre rischi F. Tonucci
09.15 Progressi della genetica e screening neonatali A. Piazza
10.00 La diagnosi delle sordità infantili: potenziali evocati ed emissioni otoacustiche A. Arslan
10.20 Lo screening neonatale per la sordità: evidenze scientifiche ed esperienze S. Demarini
11.00 Aspetti etici degli screening neonatali S. Spinsanti
11.45 Il pediatra inquieto F. Panizon
12.15 Chiusura del convegno

La polio nel mondo e in Italia oggi

Luisella Grandori

Azienda USL, Modena

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 50-51

Nel marzo 2001 l'organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato la probabile eliminazione del poliovirus selvaggio di tipo 2 a livello mondiale. In alcuni paesi come l'India si continua ad avere una riduzione consistente di casi; l'Africa continua invece a detenere il primato con i suoi oltre 1.000 casi per anno. L'autrice fa il punto della situazione.

La polio nel mondo

Il numero di casi di poliomielite segnalati nel mondo è in continua diminuzione. Dal 1999 al 2000 si è passati da 7.141 a 2.824 casi. La riduzione più consistente si è riscontrata in India, dove si registrava il maggior numero di casi e dove si è passati da 2.817 casi nel 1999 a 190 nel 2000. È ora l'Africa a detenere questo primato con i suoi 1.180 casi (rispetto ai 2.861 del 1999).

È stata invece dichiarata esente da polio la seconda delle sei Regioni O.M.S., quella del Pacifico Occidentale, che ha ottenuto la certificazione nell'ottobre del 2000, dopo le Americhe (del Nord e del Sud), certificate polio-free nel 1994. La recente segnalazione in Bulgaria, di un caso di poliomielite da virus selvaggio tipo 1 (che pare provenire dall'India settentrionale), a carico di un bambino di 13 mesi non vaccinato, allontana invece la data di certificazione polio-free della Regione Europea (che, per l'OMS, comprende anche i paesi dell'Est), dove non si erano verificati più casi di polio dal 1999. Ciò conferma la persistente possibilità di infezione delle persone non vaccinate e la circolazione di virus selvaggi provenienti dalle zone endemo-epidemiche del mondo.

Nel marzo 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato la probabile eliminazione del poliovirus selvaggio di tipo 2 a livello mondiale. L'ultimo caso di malattia causata da questo virus è stato registrato in India nell'ottobre 1999. Questo risultato è, a giusta ragione, considerato dall'OMS come "un traguardo storico nel percorso di eradicazione globale della polio". L'elevata immunogenicità del poliovirus 2 contenuto nel vaccino OPV giustificherebbe l'eradicazione del tipo 2 prima dei tipi 1 e 3.

Un altro problema ha ricevuto particolare attenzione: da giugno a novembre del 2000

sono stati identificati 19 casi di poliomielite, nella Repubblica Dominicana e uno ad Haiti, in persone non vaccinate (14) o incompletamente vaccinate (6). Responsabile un poliovirus di tipo 1 derivato dal vaccino antipolio Sabin, analogamente a quanto verificatosi tempo addietro in Egitto con un poliovirus di tipo 2. In entrambi i casi ci si trovava di fronte a coperture vaccinali molto basse e all'accumularsi negli anni di mutazioni genetiche del virus vaccinale che ha riacquisito una virulenza sovrapponibile a quella dei virus selvaggi. Questo evento, oltre a rinforzare la convinzione della necessità di mantenere elevate coperture vaccinali, ha portato a riflettere sull'eventuale necessità di un passaggio al vaccino polio inattivato per ottenere la completa eradicazione dei poliovirus dall'ambiente.

La polio in Italia

Nel 2000 è stato segnalato, nel nostro paese, un caso di paralisi da vaccino in di una bambina di 20 mesi affetta da immunodeficienza congenita, vaccinata con Sabin prima dell'introduzione del nuovo calendario che prevede la somministrazione di vaccino Salk nelle prime due dosi. Non sono stati invece segnalati casi di paralisi associate a vaccino in bambini vaccinati con schedula sequenziale dal maggio 1999, epoca in cui si è adottato il nuovo calendario vaccinale. Il dato è confermato dai risultati della sorveglianza degli eventi avversi ai vaccini degli Stati Uniti (VAERS): dal 1997 non è stato segnalato alcun caso di paralisi associata a vaccino in bambini vaccinati con lo stesso tipo di schedula sequenziale (2 Salk + 2 Sabin).

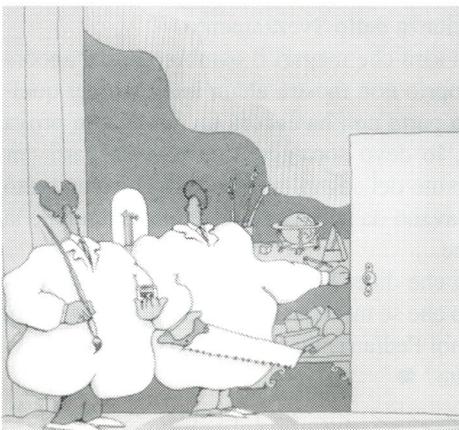
Questi risultati confermano la sicurezza della vaccinazione contro la poliomielite attualmente in uso in Italia.

Il Ministero della Sanità, però, segnala che la

sorveglianza attiva delle paralisi flaccide acute, strumento fondamentale per poter definire con precisione la situazione epidemiologica dell'infezione da poliovirus, nonostante i progressi ottenuti in questi ultimi anni, è ancora lontana dagli standard stabiliti dall'OMS e da quelli raggiunti nella maggior parte dei Paesi della Regione Europa. È necessario quindi un impegno di tutti, ma soprattutto dei reparti ospedalieri, per migliorarne la qualità. ■

Per chi vuole approfondire:

- (1) O.M.S. Transmission of wild poliovirus type 2, apparent global interruption. *Weekly Epidemiological Record* 2001, 76(13):95
<http://www.who.int/wer/pdf/2001/wer7613.pdf>
- (2) O.M.S. Progress towards global poliomyelitis eradication, 2000. *Weekly Epidemiological Record* 2001;76 (17):126
<http://www.who.int/wer/pdf/2001/wer7617.pdf>
- (3) Wattigney WA et al. Surveillance for poliovirus vaccine adverse events, 1991 to 1998: impact of a sequential vaccination schedule of inactivated poliovirus vaccine followed by oral poliovirus vaccine. *Pediatrics* 2001,107(5):e83



BUONA TV

L'adulterizzazione dei bambini in TV

La nostra collaboratrice Livia Vitali, che cura la rubrica della TV per i ragazzi, è a Dusseldorf, con una Borsa Erasmus, per lo studio della comunicazione audiovisiva nei paesi europei. Per un paio di numeri di *Quaderni acp*, Livia non potrà curare la sua rubrica. Abbiamo allora raccolto alcune osservazioni di psicologi dell'età evolutiva sulle trasmissioni per bambini, o con i bambini, che infestano i televisori degli italiani con l'accondiscendenza - dice Aldo Grasso, critico televisivo del *Corriere della Sera* - dei genitori. Per farne un breve elenco ricordiamo *Piccole canaglie* di Simona Ventura, *Mini Quiz Show* di Amadeus, *Bravo bravissimo* di Mike Bongiorno, le incursioni di *C'è posta per te* della De Filippi e del rinato *Stranamore* di Castagna; del passato recente ricordiamo *Chi ha incastrato Peter Pan* di Paolo Bonolis, *Zitti zitti parlano loro* di Carlo Conti e l'elenco non è certo completo.

Dice Fulvio Scaparro, psicologo dell'Università di Milano: "è dal tempo dello Zecchino d'oro che alcuni di noi segnalano i rischi di queste trasmissioni fatte dagli adulti e che io bollerei con il titolo di *Vietate ai minori*. Non so se si usano i piccoli per fare audience. Mi sembra che ci sia la volontà di mostrare una tv buona ed umana, dare un volto presentabile al teleschermo accusato di violenza, di volgarità, di cattivi sentimenti. I bambini fanno tenerezza, ma poiché per far spettacolo occorre l'imprevisto, piccoli brividi, ecco che negli show trapelela questa falsa bontà, questo falso amore per l'infanzia. Si gioca con la carognatina, l'errore dei bimbi, li si guida a parlare di sesso o di altri temi adulti; e ci si ride su con soddisfazione delle famiglie".

E dice ancora Scaparro "mi preoccupano le carriere tentate attraverso i figli" e ricorda il film di Visconti *Bellissima*, con la Magnani che spinge la figlia bambina al successo. "Allora era un caso raro, ma adesso..."

Anna Oliverio Ferraris, psicologa dell'Università di Roma sostiene che in questi show si usano i bambini come giocattoli, o come adulti in miniatura, per fare divertire i grandi. I media li "accelerano, ma un bambino accelerato non è un bambino maturo e lo si vede in tv con forme espressive non sue, quasi una violenza psicologica. E non si tratta di un innocente abuso. Accelerare i bambini vuol dire vendergli più prodotti e più presto". Il consumismo come motore del mondo.

Dice Serena Zoli che si dovrà pure registrare sia la generale condanna, senza distinguo, dei critici televisivi sia il parere di chi si occupa della psiche dei bambini. L'infanzia dovrebbe essere un tabù da rispettare "...perché quando di un tabù si spezza, anche per poco, l'invisibile cintura di sacralità tutto diventa possibile. L'inquinamento da adulterizzazione imposta si espande e corrompe; come ogni inquinamento". Fino alle gemelline Kimberley e Belinda all'asta su Internet per adozione o gli orfani agghindati e truccati in cerca di genitori fra il pubblico schierato ai lati della pedana del *Bellevue Shopping Center* di Nashville. Solo provincia d'America? Speriamo.

Red.

Patata & Carota, studio pediatrico associato

Tutto quello che avreste voluto sapere sullo svezzamento e... sarebbe stato meglio che non aveste saputo mai

- Buongiorno signora Candida, si accomodi pure.
- Buongiorno dottor Patata.
- Allora, come mai la rivedo così presto?
- Ah, è un disastro dottore. Il bambino non ne vuole sapere di mangiare la pappina. Io ho fatto tutto quello che mi ha detto, guardi, ma proprio non ci si riesce. Arriva al punto che serra la bocca, gira la testa e non cambia idea neanche con le minacce. Si contorce, sbraccia di qua e di là, rovescia il piatto, sputacchia da tutte le parti, si ritrovano stelline per tutta la stanza e io alla fine ne sono piena fin nei capelli, che sembro uscita da una comica delle torte in faccia. E lui sa che fa dottor Patata? Lui ride, ride che lo strozzerei. Oh Dio che mi fa dire! Guardi, guardi sono proprio disperata.
- Su, su signora Candida. Non la prenda così. Adesso ne riparlamo con calma e vedrà che risolveremo tutto. Lei però deve aver fiducia e seguire alla lettera tutte le mie prescrizioni. Lasci che le spieghi una cosa, svezzare un bambino di quattro mesi non è cosa semplice. Prima dell'avvento della moderna pediatria nessuno si era mai azzardato a farlo. Anni e anni di esperimenti ci sono voluti e li stiamo ancora facendo. Abbiamo dovuto superare allergie, intolleranze, e non sa quanto altro. La ricetta della pappina del bambino, con la pastina e la crema e le verdure e il formaggio e il biscottino e tutto il resto, ad un occhio profano può sembrare tutto scontato, ma non lo è affatto e i suoi guai signora ne sono la dimostrazione. Ma pensi solo alla difficoltà di raggiungere il perfetto equilibrio nutrizionale tra tanti alimenti diversi, ognuno con la sua specifica composizione. Per esempio, lo sapeva che cinquanta grammi di carne contengono tante proteine quanto un litro di latte materno?
No, vero? Capisce ora perché insistevo tanto che rispettaste esattamente la formulazione della pappina e che il bambino mangiasse fino all'ultimo grammo della sua pappina? Basta un piccolo errore di preparazione o che rifiuti qualcosa e tutta la dieta sballa.
- Ma dottore, io ho fatto tutto quello che mi ha consigliato. Ho comprato il bilancino di precisione, le pipette graduate, i guanti a perdere. Sono riuscita a trovare anche il parmigiano desalificato,

il biscottino granulare solidificato solubile ricompattabile e il liofilizzato di omogeneizzato di carne di mucca savia. Ho sempre preparato tutto al milligrammo. Ieri poi, su consiglio del dottor Carota, ho schierato tutta la famiglia intorno al seggiolone e ho cominciato con "un cucchiaino per mamma, amm! uno per papà, amm!" e così via, ma a cinque avevo esaurito familiari e colf e sono passata ad altro. Prima gli ho fatto saltare i cucchiaini in bocca mostrandogli un cavalluccio, "salta cavalluccio, salta cavalluccio, gnamm!", poi con un cangurino e così via. Finito lo zoo abbiamo fatto volare gli aeroplanini mentre il nonno faceva il clown da una parte, la nonna agitava sonagli dall'altra, il padre lo cinturava per le braccia e la colf cambiava continuamente il canale televisivo per distrarlo ulteriormente. Tutto filava liscio, lo stavamo fregando in pieno. Dopo solo un'ora aveva appena ingoiato l'ultimo missile terra-aria. Un attimo dopo, mi sento male solo a ricordarlo, cavallucci, cangurini e tutta l'arca di Noè naufragata sul piatto. Sono scoppiata a piangere, disperata.

- Non faccia così signora Candida. È solo questione di tempo, massimo due o tre mesi. Sono difficoltà che tutte le mamme incontrano. E come potrebbe essere diversamente. Ormai sappiamo benissimo che bisogna tener conto anche degli aspetti psicologici della questione. Un bambino così piccolo è ancora attaccato alla suzione, non sa mica che il suo vero interesse, che poi è anche il nostro, è quello di lanciarsi, con cautela però, sulle nuove strade tracciate dalla scienza dello Svezzamento.

- Ma dottor Patata, non sarà che magari il bambino non è ancora pronto. Io vedo che proprio non mostra alcun interesse per quello che gli offro. D'altra parte non ha ancora un dente, non prova nemmeno a masticare, lo devo sorreggere da tutte le parti per farlo mangiare. Io ho avuto dei cagnolini e vedevo che a un certo punto il cibo se lo cercavano da soli. Guardavano la mamma e la imitavano. Non sarà che...

- Signora Candida! Ma che dice! È inammissibile, come gli animali! Ma si rende conto che se tutto quello che lei dice fosse vero, sarebbero 50 anni che noi Pediatri stiamo facendo, mi scusi il termine, emerite coglionate? ■

l. p.

PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

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

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

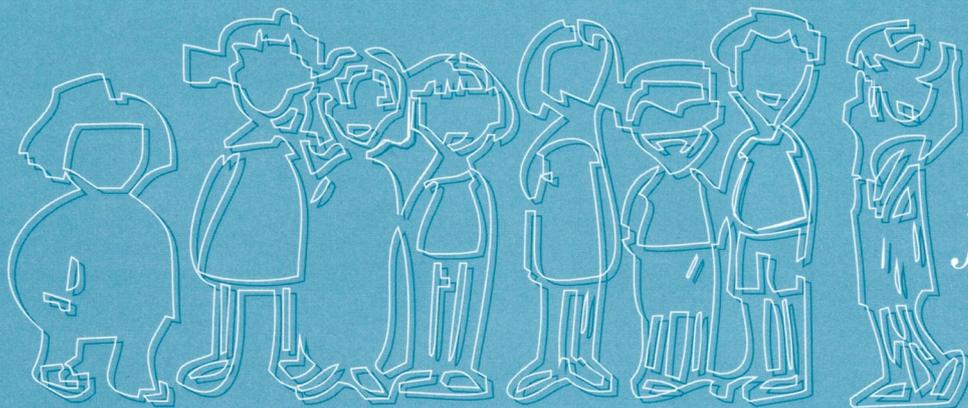
- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;
- i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione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

Per Informazioni:
csb.trieste@iol.it

nati per leggere



Associazione Italiana Biblioteche
Associazione Culturale Pediatri
Centro per la Salute del Bambino



*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. Nicola D'Andrea dell'Unità operativa di Neonatologia e Pediatria dell'Ospedale Civile di Matera.

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 professional e 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.

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO. 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE. HEXAVAC[®] sospensione iniettabile in siringa pre-riempita. Vaccino antidifterico, antitetanico, antipertussico acellulare, antipolio inattivato, anti-epatite di tipo b (ricombinante) ed anti Haemophilus influenzae di tipo b, coniugato, adiuvato. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ciascuna dose da 0,5 ml di vaccino adiuvato contiene: Principi attivi: Tossoidi difterico purificato uguale o superiore a 20 IU* (30 Lf). Tossoidi tetanico purificato uguale o superiore a 40 IU* (10 Lf). Tossoidi pertussico purificato 25 microgrammi. Emoagglutinina filamentosa pertussica purificata 25 microgrammi. Antigeni di superficie del virus dell'Epatite B ** 5,0 microgrammi Poliovirus inattivato di tipo I (Mahoney) 40 unità di antigene D^Δ Poliovirus inattivato di tipo 2 (MEF 1) 8½ unità di antigene D^Δ. Poliovirus inattivato di tipo 3 (Saukett) 32½ unità di antigene D^Δ. Polisaccaride dell'Haemophilus influenzae di tipo b (poliribosilribitol fosfato) 12 microgrammi coniugato con il tossoide tetanico (24 microgrammi). Adiuvato su idrossido di alluminio (0,3 mg). *Limite inferiore dell'intervallo di confidenza (p = 0,95). **Antigene di superficie del virus dell'epatite B prodotto da un ceppo ricombinante 2150-2-3 del lievito Saccharomyces cerevisiae. ^ΔQuantità di antigene nel bulk finale del prodotto, in accordo con l'O.M.S. (TRS 673, 1992). †0 di una quantità antigenicamente equivalente determinata con un appropriato metodo immunochimico. Per gli eccipienti, vedere 6.1 **3. FORMA FARMACEUTICA.** Sospensione iniettabile in siringa pre-riempita. HEXAVAC[®] è una sospensione bianca leggermente opaca. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1 Indicazioni terapeutiche.** Questo vaccino combinato è indicato per l'immunizzazione attiva contro difterite, tetano, pertosse, epatite B causata da tutti i sottotipi di virus conosciuti, poliomielite ed infezioni invasive sostenute da Haemophilus influenzae di tipo b. - per la vaccinazione primaria nei lattanti (di età compresa tra 2 e 12 mesi) - per la vaccinazione di richiamo nei bambini (di età compresa tra 12 e 18 mesi) a condizione che il bambino abbia ricevuto un ciclo completo di vaccinazione primaria di ciascuno degli antigeni contenuti in HEXAVAC[®], anche se sono stati somministrati come vaccini monovalenti o in combinazione, prodotti dalla Aventis Pasteur MSD. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Vaccinazione primaria: Il ciclo di vaccinazione consiste in 3 dosi successive da 0,5 ml da somministrare ad un intervallo compreso tra 1 e 2 mesi, iniziando dal secondo mese di età, in base alle raccomandazioni ufficiali. Richiamo: Una quarta dose dovrà essere somministrata ad un intervallo compreso tra sei e 14 mesi, dopo la terza dose della vaccinazione primaria, nei bambini (di età compresa tra 12 e 18 mesi) a condizione che il bambino abbia ricevuto un ciclo completo di vaccinazione primaria di ciascuno degli antigeni contenuti in HEXAVAC[®], anche se sono stati somministrati come vaccini monovalenti o in combinazione, prodotti dalla Aventis Pasteur MSD. La dose di richiamo deve essere somministrata per completare il ciclo di vaccinazione, in base alle raccomandazioni ufficiali. Metodo di somministrazione HEXAVAC[®] deve essere somministrato per via intramuscolare nel quadricipite o nel deltoide, preferibilmente alternando i siti di somministrazione, per iniezioni successive. Questo vaccino non deve essere impiegato nei neonati, negli adolescenti o negli adulti. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità accertata verso uno o più componenti del vaccino o grave reazione a seguito di una precedente somministrazione del vaccino. Encefalopatia nei 7 giorni successivi alla somministrazione di una precedente dose di un qualsiasi vaccino contenente antigeni pertussici (a cellule intere o vaccini pertussici acellulari). In questi casi, il ciclo di vaccinazione deve essere proseguito con un vaccino che non contenga il componente antipertussico. La vaccinazione deve essere rimandata in caso di febbre o di malattia in fase acuta. **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Questo vaccino non deve essere impiegato nei neonati, negli adolescenti o negli adulti. I lattanti nati da madri positive per l'antigene di superficie del virus dell'epatite B (HBsAg) devono ricevere le ImmunoGlobuline anti-Epatite B (HBIG) ed il vaccino anti-Epatite B (ricombinante) alla nascita e devono completare la serie della vaccinazione anti-epatite B. Non è stata studiata la somministrazione successiva di HEXAVAC[®] per il completamento del ciclo di vaccinazione anti-epatite B, nei lattanti nati da madri HBsAg positive e che hanno ricevuto HBIG, o nei lattanti nati da madri non testate per HBsAg. Ai bambini nati da madri HBsAg-positive, non deve essere somministrata né la prima dose di HEXAVAC[®] alla nascita né le dosi successive, nel corso del primo anno di vita. HEXAVAC[®] deve essere somministrato con cautela nei soggetti affetti da trombocitopenia o con disturbi della coagulazione in quanto questi soggetti potrebbero andare incontro a sanguinamento a seguito della somministrazione intramuscolare. HEXAVAC[®] non deve essere in nessuna circostanza somministrato per via intravascolare. Nemmeno la via intradermica o la via sottocutanea devono essere usate; assicurarsi che l'ago non sia penetrato in un vaso sanguigno. Qualora sia noto che uno dei seguenti episodi si sia verificato in relazione temporale con la somministrazione del vaccino, è opportuno valutare attentamente la decisione di somministrare ulteriori dosi di vaccini contenenti un componente antipertussico: Temperatura corporea $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ nelle 48 ore successive alla vaccinazione, non dovuta ad altre cause identificabili. Collasso o stato di shock (episodi di ipotonia-iporesponsività) nelle 48 ore successive alla vaccinazione. Pianto prolungato, inconsolabile la cui durata sia stata \geq alle 3 ore, che si sia manifestato nelle 48 ore successive alla vaccinazione. Convulsioni con o senza febbre, che si siano manifestate nei 3 giorni successivi alla vaccinazione. Come per tutti i vaccini iniettabili, deve essere prontamente disponibile un'adeguata attrezzatura medica per poter immediatamente intervenire in caso di reazioni anafilattiche conseguenti alla somministrazione del vaccino. Deve essere attentamente valutata la somministrazione del vaccino nei soggetti che hanno precedentemente sviluppato gravi reazioni nelle prime 48 ore successive all'iniezione di un vaccino contenente componenti simili. A causa del lungo tempo di incubazione dell'epatite B, è possibile che un'infezione non diagnosticata sia presente al momento dell'immunizzazione. In questo caso il vaccino potrebbe non proteggere dall'infezione da epatite B. HEXAVAC[®] non protegge dalle epatiti infettive causate da altri agenti quali quelli dell'epatite A, epatite C ed epatite E o da altri agenti patogeni del fegato. HEXAVAC[®] non protegge dalle infezioni invasive dovute ad altri sierotipi diversi dall'Haemophilus influenzae di tipo b o contro le meningiti di altra origine. Poiché ciascuna dose può contenere tracce non dosabili di neomicina, streptomina e polimixina B, utilizzate durante la produzione, il vaccino deve essere somministrato adottando le dovute precauzioni nei soggetti con ipersensibilità a tali antibiotici. L'immunogenicità di HEXAVAC[®] potrebbe risultare ridotta da trattamenti immunosoppressivi o da uno stato di immunodeficienza. In tali casi si raccomanda di rimandare la vaccinazione sino al termine dello stato di immunodeficienza o del trattamento immunosoppressivo. Tuttavia la vaccinazione è raccomandata nei soggetti con immunodeficienza cronica come infezione da HIV anche se la risposta anticorpale può essere ridotta. HEXAVAC[®] non deve essere miscelato nella stessa siringa con altri vaccini o con altri farmaci somministrabili per via parenterale. **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione.** Con l'esclusione della terapia immunosoppressiva (vedere il paragrafo 4.4 "Avvertenze speciali ed opportune precauzioni d'impiego"), non è stata documentata alcuna significativa interazione clinica con altri trattamenti o con prodotti biologici. Non ci sono dati in merito all'efficacia ed alla sicurezza della somministrazione concomitante di HEXAVAC[®] con un vaccino virale vivo contro il morbillo, la parotite e la rosolia. **4.6 Gravidanza ed allattamento.** Non pertinente. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare e sull'uso di macchine.** Non pertinente. **4.8 Effetti indesiderati.** Nel corso degli studi clinici, più di 3.900 lattanti e 4.400 bambini (di età compresa tra 12 e 20 mesi) hanno ricevuto HEXAVAC[®]. Le reazioni più comunemente riportate, includono eritema e/o indurimento/gonfiore/dolore nel punto d'iniezione, febbre uguale o superiore a 38°C , irritabilità, sonnolenza, perdita di appetito, insonnia, diarrea e vomito. Meno comunemente sono stati riportati febbre uguale o superiore a 40°C , sensibilità nel punto di iniezione, pianto prolungato ed inconsolabile ed eritema e/o indurimento > 7 cm nel sito di inoculo o gonfiore nell'intero arto. Raramente sono stati osservati convulsioni febbrili e pianto acuto. È stato riportato un solo caso di reazione edematosa bilaterale agli arti inferiori, ed un solo, episodio di ipotonia-iporesponsività. Questi segni e sintomi normalmente si sono manifestati nelle 48 ore successive alla vaccinazione. Nella maggior parte dei casi si trattava di episodi di lieve entità la cui durata è stata generalmente sino a 72 ore dalla vaccinazione e che si sono poi risolti spontaneamente. Non è stato notato nessun aumento nel numero degli effetti indesiderati tra la prima, seconda e terza dose della vaccinazione primaria, eccetto che per un lieve aumento dei casi di febbre con temperatura uguale o superiore a 38°C dopo la seconda dose della serie primaria. La frequenza di febbre con temperatura uguale o superiore a 40°C aumentava dopo la dose di richiamo ma rimaneva $< 1\%$. I casi di eritema e/o indurimento > 7 cm nel sito di inoculo aumentavano dopo la dose di richiamo, ma rimanevano $< 1\%$. In rare circostanze, i suddetti casi erano associati ad edema dell'intero arto. Potenziali effetti indesiderati Inoltre, sono stati riportati altri effetti indesiderati riferibili all'impiego di vaccini in commercio strettamente correlati ad HEXAVAC[®]. Con il vaccino Aventis Pasteur MSD contenente l'Haemophilus influenzae di tipo b coniugato con il tossoide tetanico, sono stati talvolta riportati esantemi atipici e raramente eruzioni urticaroidi, edema localizzato, prurito, reazioni edematose agli arti inferiori. Gli effetti indesiderati riportati nel corso delle sperimentazioni cliniche e quelli riferibili all'impiego sul mercato, ad oggi ancora limitato, del vaccino adsorbito antidifterico, antitetanico, antipertussico acellulare ed antipolio inattivato Aventis Pasteur MSD, sono inclusi nell'elenco degli effetti indesiderati di HEXAVAC[®]. Reazioni molto rare conseguenti alla somministrazione del vaccino Merck anti-epatite B (ricombinante) includono affaticamento, malessere, trombocitopenia, rash, alopecia, ipotensione, neurite ottica, neurite periferica, paralisi facciale, encefalite, convulsioni febbrili, orticaria, eritema multiforme, angioedema ed anafilassi. Come per altri vaccini anti-epatite B, in molti casi, la relazione causa/effetto non è stata stabilita. **4.9 Sovradosaggio.** Non pertinente. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche.** Categoria farmacoterapeutica: Vaccini batterici e virali combinati, codice ATC: J07CA 1 tossoidi della difterite e del tetano vengono preparati dalle tossine di colture di Corynebacterium diphtheriae e di Clostridium tetani, detossificati con formaldeide e successivamente purificati. L'antigene di superficie del virus dell'epatite B viene prodotto da un ceppo ricombinante di lievito (Saccharomyces cerevisiae). Il vaccino della poliomielite si ottiene per colture dei virus della poliomielite di tipo 1, 2 e 3 su cellule Vero, e per successiva purificazione ed inattivazione con formaldeide. I componenti della pertosse acellulare (tossina pertussica: PT ed emoaagglutinina filamentosa: FHA) vengono estratti da colture di Bordetella pertussis e quindi purificati separatamente. La tossina pertussica (PT) viene detossificata separatamente con glutaraldeide per ottenere il tossoide (PTx). L'FHA non è detossificata. È stato dimostrato che il PTx e l'FHA sono i due componenti che giocano il maggior ruolo nella protezione contro la pertosse. Questo vaccino contiene il polisaccaride capsulare purificato (poliribosil ribitol fosfato - PRP) dell'Haemophilus influenzae di tipo b coniugato con il tossoide tetanico. Il PRP, somministrato da solo, induce una risposta sierologica, ma è scarsamente immunogeno nei lattanti. Il legame covalente del PRP al tossoide tetanico lo trasforma in un antigene T-dipendente che induce una risposta anticorpale specifica anti-PRP di tipo IgG nei lattanti attivandone la memoria immunologica. Questo vaccino induce la formazione di anticorpi umorali specifici contro l'HBsAg (anti-HBs) e contro i tossoidi della difterite e del tetano (anti-D e anti-T). Lo sviluppo di titoli anti-HBs con valori uguali o superiori a 10 mIU/ml e di titoli anti-D e anti-T con valori uguali o superiori a 0,01 U.I./ml, misurati 1-2 mesi dopo la terza iniezione, è correlato rispettivamente con la protezione contro l'infezione da epatite B e contro la difterite ed il tetano. Risposta immunitaria dopo la vaccinazione primaria. Nello studio clinico principale, tutti i lattanti (100%) svilupparono, un mese dopo il completamento del ciclo primario, un titolo protettivo anticorpale (con valori uguali o superiori a 0,01 U.I./ml) per entrambi gli antigeni difterico e tetanico. Per la pertosse, il 91,8% e 90,5% dei lattanti manifestava un incremento di quattro volte del titolo di anticorpi rispettivamente anti-PT e anti-FHA. L'incremento di quattro volte nei titoli di post immunizzazione è considerato sinonimo di sieroconversione il cui significato clinico non è noto in assenza di un correlato sierologico della protezione. Livelli protettivi di anti-HB (con valori uguali o superiori a 10 mU.I./ml) sono stati raggiunti nel 96,6% dei lattanti: la media geometrica dei titoli anticorpali (GMTs) risultava diminuita se paragonata al gruppo di controllo. Titoli di anti-poliovirus superiori alla soglia di 5 (reciproco della diluizione nei test di sieroneutralizzazione) contro il poliovirus di tipo 1, 2 e 3 si sono sviluppati nel 100% dei lattanti che sono stati quindi considerati protetti contro la poliomielite. Dopo la vaccinazione primaria il 93,7% dei lattanti aveva un titolo anti-PRP uguale o superiore a 0,15 $\mu\text{g/ml}$: la media geometrica dei titoli anticorpali (GMTs) risultava diminuita se paragonata al gruppo di controllo (2,06 $\mu\text{g/ml}$ contro 3,69 $\mu\text{g/ml}$). Risposta immunitaria dopo l'iniezione di richiamo. Nello studio clinico principale, nel quale i bambini avevano ricevuto HEXAVAC[®] come dose di richiamo, dopo essere stati vaccinati con HEXAVAC[®] nel ciclo primario, tutti i bambini hanno raggiunto titoli anticorpali uguali o superiori a 0,1 U.I./ml per il tetano ed il 98% di essi per la difterite. Un aumento medio, da 7,4 a 4,3 volte, è stato raggiunto nei titoli degli anticorpi anti PT e FHA rispettivamente e tutti i bambini hanno sviluppato titoli anticorpali protettivi contro i poliovirus di tipo 1, 2 e 3. Prima dell'iniezione della dose di richiamo, le GMTs anti-PRP erano pari a 0,40 $\mu\text{g/ml}$ e 0,64 $\mu\text{g/ml}$ per HEXAVAC[®] e per il gruppo di controllo, rispettivamente. Dopo l'iniezione della dose di richiamo, le GMTs erano aumentate a 16,7 $\mu\text{g/ml}$ ed a 23,0 $\mu\text{g/ml}$, in ciascun gruppo, rispettivamente, ad indicare una forte risposta anamnesticca. Titoli anti-PRP uguali o superiori a 0,15 $\mu\text{g/ml}$ furono raggiunti nel 100% dei bambini mentre valori uguali o superiori a 1 $\mu\text{g/ml}$ furono raggiunti nel 96,6% dei bambini. A seguito della dose di richiamo, il 96,6% dei bambini sviluppò titoli anti-HBs uguali o superiori a 10 mIU/ml. Un incremento medio di 20,5 volte nel titolo anticorpale anti-HBs è stato osservato dopo la somministrazione della dose di richiamo. Altre sperimentazioni hanno fornito risultati simili o migliori. Sono in corso studi sulla persistenza a lungo termine degli anticorpi che forniranno ulteriori informazioni in merito alla durata della protezione. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La valutazione delle proprietà farmacocinetiche non è richiesta per i vaccini. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici di sicurezza comprendenti la dose singola, la dose ripetuta e gli studi di tollerabilità locale, non hanno evidenziato risultati inattesi o una tossicità organo specifica. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** La formulazione contiene: idrossido di alluminio ed una soluzione tampone a base di fosfato bisodico, fosfato monopotassico, carbonato di sodio, bicarbonato di sodio, trometamol, saccarosio, medium 199 (miscela complessa di aminoacidi, sali minerali, vitamine ed altri ingredienti) ed acqua per preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità.** Il vaccino non deve essere miscelato nella stessa siringa con altri vaccini o con altre specialità medicinali somministrabili per via parenterale. **6.3 Periodo di validità.** 2 anni. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Conservare a temperature comprese tra 2°C e 8°C (in frigorifero). Non congelare. **6.5 Natura e contenuto della confezione.** 0,5 ml di sospensione in siringa pre-riempita (vetro di tipo I) con un pistone (clorobutile) con ago - confezioni da 1, 10, 25 e 50. 0,5 ml di sospensione in siringa pre-riempita (vetro di tipo I) con un pistone (clorobutile) senza ago - confezioni da 1, 10, 25 e 50. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Prima dell'uso, il vaccino deve essere ben agitato in modo da ottenere una sospensione omogenea bianca leggermente opaca. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** AVENTIS PASTEUR MSD SNC 8, rue Jonas Salk F-69007 Lyon **8. NUMERO(I) DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO COMUNITARIO DEI MEDICINALI.** EU/1/00/147/001 EU/1/00/147/002 EU/1/00/147/003 EU/1/00/147/004 EU/1/00/147/005 EU/1/00/147/006 EU/1/00/147/007 EU/1/00/147/008 **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** 23/10/2000 **10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.** Ottobre 2000

HEXAVAC[®]

Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita



Crisi di assenza in una bambina con gastroenterite

Angela Caponnetto, Mauro Pocecco

U.O. di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 56-57

Una bambina di poco meno di due anni ha una gastroenterite con disidratazione lieve. La diarrea dura un paio di giorni e poi si risolve. Sta per essere dimessa quando presenta una crisi che può essere definita, grosso modo, come un'assenza. Quale inquadramento si può dare al complesso dei sintomi?

La storia

Maria è una bambina di 21 mesi che da due giorni presenta diarrea (9-10 scariche al giorno), associata a vomito e febbre (max 39,6° C). Il grado di disidratazione è lieve, nonostante la diarrea venga riferita come importante.

Il decorso

All'accettazione Maria è pallida, ha occhi leggermente alonati, cute discretamente idratata, mucosa linguale un po' asciutta. L'addome è trattabile, con guazzamento cecale.

La piccola assume volentieri la soluzione reidratante orale, si sfebbra rapidamente e sta bene.

La coprocultura dimostra un'infezione da Rotavirus; gli altri esami routinari sono normali, compresi gli indici di flogosi. In un paio di giorni l'alvo si normalizza.

Sta per essere dimessa quando presenta un episodio critico caratterizzato da fissità dello sguardo, ipertono generalizzato e perdita della coscienza, della durata di circa un minuto.

Viene eseguito subito un EEG, che non si dimostra significativo. Viene dimessa in terza giornata.

Dopo 24 ore Maria ritorna perché a casa è ripresa la febbre (max 40,5°C) e sono comparsi nuovi episodi a grappolo del tipo sopra descritto: fissità dello sguardo, perdita di coscienza, talvolta clonie agli arti. Ha ora una elevazione degli indici di flogosi: GB 20.000/mmc (Neutrofili 71%), VES 24 mm/h, PCR 7,5 mg/dl; viene eseguita una seconda coprocultura con esito negativo. Le transaminasi sono nella norma. La radiografia del torace mostra un infiltrato in corrispondenza del segmento posteriore del lobo superiore dx, pur in assenza di segni e/o sintomi respiratori e con obiettività toracica negativa. Si inizia un trattamento antibiotico con amoxicillina pur esistendo la possibilità che, come in analoghi casi descritti dalla let-

teratura, l'infiltrato possa essere ascritto alla stessa infezione da Rotavirus; la bambina si sfebbra dopo 24 ore.

Viene ricontrollato l'EEG che ora mostra una franca attività parossistica con un reperto di punte-onda. Si decide di attendere prima di iniziare un trattamento anticomiziale e gli episodi critici si diradano spontaneamente.

La diagnosi

A domicilio gli episodi critici si sono risolti completamente dopo una settimana. Il controllo neurologico e l'EEG ad un mese sono risultati nella norma. Con il follow-up, che ha dimostrato una risoluzione spontanea delle crisi, si è potuta formalizzare la diagnosi di convulsioni benigne afebrili da infezione da Rotavirus.

Che cosa abbiamo imparato

È noto da tempo che l'infezione da Rotavirus, oltre ai tipici sintomi intestinali, può dare anche manifestazioni sistemiche che possono essere presenti sin dall'esordio o evidenziarsi durante il decorso.

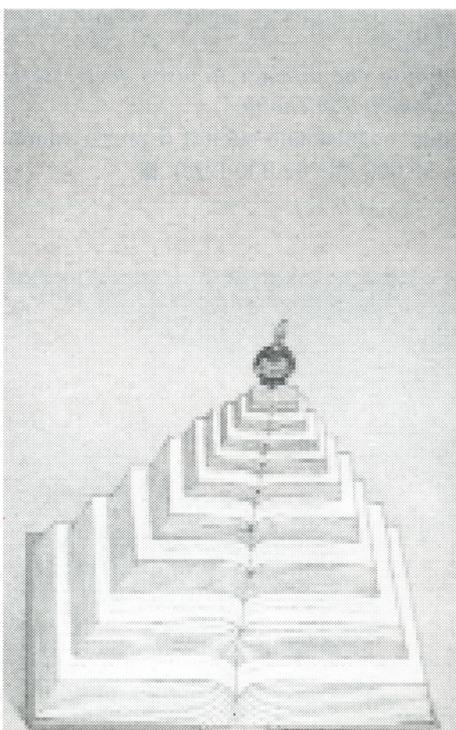
La letteratura recente (1-3), ma anche meno recente (4) dimostra la possibilità di infezione sistemica da Rotavirus con interessamento del SNC (convulsioni benigne afebrili, meningite asettica), mentre è consegnato ai trattati l'interessamento delle vie respiratorie e quello epatico (elevazione delle transaminasi). L'associazione neurologica più nota è quella con la meningite asettica. In precedenza avevamo osservato due bambini con segni di interessamento del SNC in cui la rachicentesi, eseguita per la presenza di segni meningei, ci aveva permesso di isolare il virus dal liquor (6).

Nel caso di Maria l'inquadramento è stato più problematico: il tipo di manifestazioni neurologiche poteva suggerire un piccolo male, anche se l'età non era tipica. La concomitanza di un'enterite da Rotavirus ha reso cauti

nell'intraprendere una terapia anticomiziale. Solo l'evoluzione successiva ha ragionevolmente confermato la diagnosi di convulsioni benigne afebrili da infezione Rotavirus. ■

Bibliografia

- (1) Goldwater P et al. Rotavirus encephalopathy: Pathogenesis reviewed. *J Paediatr Child Health* 2001;37:206
- (2) Seo JK et al. Overview of rotavirus infections in Korea. *Pediatr Int* 2000;42:406
- (3) Repetto T et al. Afebrile seizures in rotavirus gastroenteritis. *Minerva Pediatr* 1997;49:429
- (4) Wong CJ et al. Aseptic meningitis in an infant with rotavirus gastroenteritis. *Pediatr Infect Dis* 1984;3(3):244
- (5) Pocecco M. Dati non pubblicati



ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI
CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO - ONLUS

Barcellona Pozzo di Gotto,
9-10 Novembre 2001

NATI PER LEGGERE

"Voglio tante molte storie"

Venerdì 9

9.00-19.00 Seminario di studi
Il posto delle storie:
laboratorio di formazione
per gli operatori del programma
Silvana Alberti, Flavia Manente

Sede: Biblioteca Comunale "Oasi"
Ingresso solo agli iscritti
(max 30 partecipanti)

Sabato 10

Conferenza di presentazione
di "Nati per Leggere"

9.00 Presentazione Alida Emma
9.30 Biblioteche, esperienze ed azioni
a favore dell'infanzia Laura Cappugi
10.00 Perché interessa i Pediatri
Salvo Fedele
10.30 Cooffee Break
11.00 Il posto delle storie: come dare
alla lettura e al racconto una valenza
affettiva, relazionale, consapevole
Flavia Manente, Silvana Alberti
11.30 Il Contastorie mobile. Programma
itinerante in Sicilia Antonino Costa
12.00 La rete siciliana, cosa possono
fare le biblioteche Antonina Saja
12.30 Interventi e conclusioni

Sede: Centro Culturale "Oasi"

Todi, 14 -15 settembre 2001

II INCONTRO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI MATERNO-INFANTILI

Venerdì 14

15.30-19.00

- Lo stato del progetto obiettivo Materno-Infantile Giancarlo Biasini
- Esperienze dalle Regioni che hanno istituito i dipartimenti Nicola D'Andrea
- Esperienze dalle regioni senza Dipartimento Materno-Infantile Luigi Acerbi
- La neuropsichiatria infantile nei piani sanitari regionali: Dipartimento Materno-Infantile o Dipartimento di salute mentale? Roberto Brazzi

Sabato 15

9.00

- GRUPPI DI APPROFONDIMENTO
- Il budget di dipartimento
 - Dipartimento e distretto
 - La neuropsichiatria infantile nel Dipartimento
 - Ospedale e territorio nel dipartimento

14.00-17.30

- Presentazione dei lavori di gruppi e discussione in plenaria
- Conclusioni di Carlo Vannini

Informazioni organizzative:

Il convegno accetterà solo 120 iscrizioni e solo 30 iscrizioni per gruppo di lavoro.

Quota d'iscrizione:

Lit. 100.000 per medici
Lit. 50.000 per operatori non medici

Segreteria scientifica:

c/o DMI ASL 2 di Perugia
Prof. Carlo Vannini (07588581-87821)
Sig.^{ra} Stefania Borghetti (0755280761)
Fax: 0755271224
E-mail: crescereinsieme@infinito.it

Per i bambini in bicicletta

Sergio Conti Nibali

Pediatra di base AUSL 5, Messina

Quaderni acp 2001; vol VIII, n° 4: 58

Semplici misure di sicurezza renderanno più sicuro l'uso della bicicletta e serviranno a prevenire incidenti che a volte possono avere conseguenze gravi. Proviamo ad aiutare i genitori.

La bicicletta è un "attrezzo-gioco" proprio del bambino; quasi tutti ne posseggono una. Con la bicicletta i bambini acquistano ancora di più la loro autonomia e potenziano le loro capacità motorie-percettive (senso dell'equilibrio, della velocità, delle distanze, ecc.). La bicicletta è, comunque, un mezzo di trasporto e come tale deve essere considerata se viene usata sulla strada. In questo caso il bambino deve conoscere le principali regole del traffico e le deve rispettare.

Alcuni semplici accorgimenti e alcune misure di prevenzione serviranno a rendere più sicuro l'uso della bicicletta.

Occorre, intanto, che la bicicletta sia della misura del bambino: sedendosi sul sellino deve potere appoggiare completamente i piedi per terra. È preferibile l'acquisto di una bicicletta tradizionale piuttosto che da cross perché più stabile; i freni e i fanali devono essere perfettamente funzionanti.

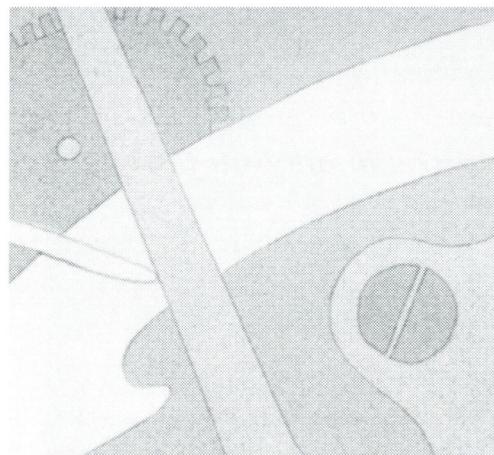
Le cadute dalla bicicletta possono avere conseguenze molto serie, specie nel caso di urto con la testa, per i danni che si possono causare al cervello. È importante, dunque, che i bambini siano educati ad indossare il casco tutte le volte che usano la bicicletta, non solo per strada, ma anche in luoghi protetti (piste ciclabili, cortili, ecc.). La stessa regola vale per gli adulti, anche perché sarà difficile che un bambino utilizzi il casco se il padre e la madre non lo utilizzano. Prima di acquistare un casco sarà bene attenersi ad alcune regole:

- il colore, il disegno e il modello (a parità di condizioni) devono essere scelti dal bambino, in modo che il casco sarà poi indossato anche più volentieri;
- il casco deve calzare perfettamente e, scuotendo la testa, deve rimanere ben saldo;
- il casco deve avere, se possibile, colori vivaci e un nastro riflettente in modo da essere ancora più visibile di sera;
- il bambino deve essere capace di aprire e chiudere con una sola mano e con facilità il

cinturino sotto il mento;

- il cinturino non deve aprirsi da solo;
- la calotta esterna deve essere rigida e deve essere ben attaccata allo strato morbido interno che serve per assorbire gli urti;
- il casco, una volta indossato, non deve compromettere la visione e l'udito del bambino;
- la sigla che ne attesta la sicurezza deve essere riportata sulla confezione (EN 1078); la sua presenza, tuttavia, non sempre è garanzia di sicurezza; quindi è sempre meglio verificare una per una le caratteristiche sopra riportate;
- in caso di impatto violento il casco deve essere sostituito, anche se apparentemente integro;
- il bambino deve essere abituato a togliere il casco non appena scende dalla bicicletta;
- il bambino deve imparare che il casco è uno strumento di prevenzione e non di gioco per cui deve toglierlo quando scende dalla bicicletta;
- la ditta che produce il casco deve essere segnalata nell'etichetta.

Dunque: acquistatelo subito! (i prezzi vanno dalle 35.000 alle 82.000 Lire). ■



**Benvenuti
nel futuro.**

NUOVO

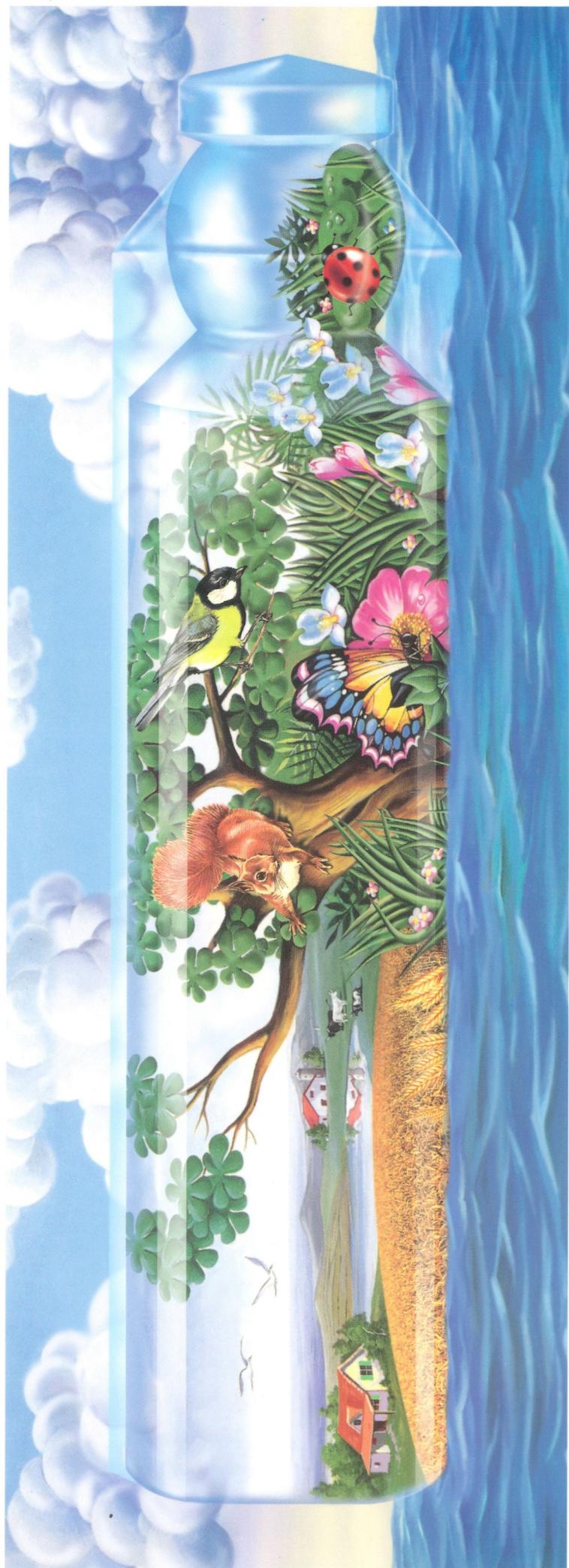
**Unico vaccino
esavalente
in forma liquida**

HEXAVAC[®]



Aventis Pasteur MSD
i Vaccini per la Vita

L'ecosistema intestinale è un bene prezioso.



ENTEROGERMINA[®]

lo recupera e lo mantiene.

 sanofi~synthelabo
otc